

# **Světové šetření o zdraví v České republice**

World Health Survey  
in the Czech Republic

Prosinec 2004

**Anotace:** Publikace přináší výsledky za Českou republiku z dotazníkového výběrového šetření u dospělé populace organizovaného Světovou zdravotnickou organizací pod názvem Světové šetření o zdraví. Tématicky je zaměřena na popis zdraví a jeho rizikových faktorů (životního stylu a prostředí), na posouzení potřeb, přístupu a využívání zdravotní péče, na celkové hodnocení zdravotnického systému a jeho vstřícnosti, na financování zdravotní péče a vnímání cílů zdravotnictví, a také na individuální i celospolečenské podmínky lidí k životu, které se zdravím souvisejí.

**Klíčová slova:** Světové šetření o zdraví, Česká republika, Výběrové šetření, Zdravotní stav, Zdravotnický systém, Poskytování zdravotní péče, Pokrytí zdravotnickými službami, Vstřícnost zdravotnictví, Cíle zdravotnictví.

**Annotation:** *This publication presents results from the Czech Republic in the interview sample survey of adult population organized by the World Health Organization called World Health Survey. It is thematically focused on descriptions of health and its risk factors (life style and environment), on assessment of needs, access to and utilization of health care, on overall evaluation of the healthcare system and its responsiveness, on health care financing, on perception of health system goals, and also on individual and social life conditions related to health.*

**Keywords:** *World Health Survey, Czech Republic, Sample Survey, Health Status, Healthcare System, Delivery of Health Care, Coverage of Health Services, Health System Responsiveness, Health System Goals.*

Tento projekt byl financován z prostředků Světové zdravotnické organizace.

Zpracoval Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR,  
Palackého náměstí 4, P.O.BOX 60, 128 01 Praha 2, [www.uzis.cz](http://www.uzis.cz)

Řešitelský tým: Mgr. Jiří Holub, Ing. Jakub Hrkal, Ing. Vlasta Pázlerová

© ÚZIS ČR, 2004

© Translation ÚZIS ČR

ISBN 80-7280-419-7

### **Poděkování**

Úspěšné provedení tak náročného projektu, jakým Světové šetření o zdraví bezpochyby bylo, vyžadovalo účast a spolupráci mnoha osob a institucí. Jim všem patří náš velký dík.

Především samotným respondentům, kteří byli ochotni se šetření zúčastnit a poskytnout zajímavé a potřebné údaje. A samozřejmě tazatelům a dalším pracovníkům „v terénu“, kteří tyto údaje v dostatečné kvalitě zjišťovali a předávali ke zpracování.

Dále bychom rádi poděkovali všem spolupracujícím organizacím a jejich pracovníkům, kteří se buď aktivně podíleli na některé z fází tohoto šetření, od přípravy dotazníku, zpracování údajů až po tvorbu této publikace a nebo svým jednáním podporovali uskutečnění a provedení tohoto šetření.

Dík patří i spolupracovníkům z centrály Světové zdravotnické organizace v Ženevě, pod jejíž záštitou šetření proběhlo. Zvláště bychom rádi poděkovali doc. MUDr. Aleně Petrákové, CSc. za spolupráci po celou dobu trvání tohoto projektu a pomoc při řešení všech obtíží.

**Seznam použitých zkratek**

AIDS	Syndrom akutního získaného nedostatku imunity ( <i>Acquired Immunodeficiency Syndrome</i> )
BMI	index tělesné hmotnosti ( <i>Body Mass Index</i> )
CHOPIT	Compound Hierarchical Ordered Probit Model
ČR	Česká republika
ČSÚ	Český statistický úřad
HIV	virus způsobující ztrátu imunity ( <i>Human Immunodeficiency Virus</i> )
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
NUTS	klasifikace územních statistických jednotek ( <i>La Nomenclature des Unités Territoriales Statistiques</i> )
OSN	Organizace spojených národů
SLDB	Sčítání lidu, domů a bytů
SRÚ	statistika rodinných účtů
ÚZIS ČR	Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky
VZP	Všeobecná zdravotní pojišťovna
WHO	Světová zdravotnická organizace ( <i>World Health Organization</i> )
WHS	Světové šetření o zdraví ( <i>World Health Survey</i> )

## OBSAH

<b>SOUHRN .....</b>	<b>7</b>
<b>1. ÚVOD .....</b>	<b>13</b>
1.1 Informace pro řízení zdravotní politiky.....	13
1.2 Cíle a přínos šetření .....	14
1.3 Základní charakteristika šetření.....	16
1.4 Průvodce zprávou .....	16
<b>2. LIDÉ A PODMÍNKY K ŽIVOTU .....</b>	<b>18</b>
2.1 Struktura populace a domácností.....	18
2.2 Ekonomický status domácností .....	24
2.3 Sociální kapitál .....	27
<b>3. LIDÉ A ZDRAVOTNICKÝ SYSTÉM.....</b>	<b>30</b>
3.1 Lidské zdroje ve zdravotnictví .....	30
3.2 Financování zdravotnictví.....	31
3.3 Cíle zdravotnického systému .....	36
<b>4. ŽIVOTNÍ STYL A PROSTŘEDÍ.....</b>	<b>38</b>
4.1 Stravovací a pohybové návyky.....	38
4.2 Užívání škodlivých návykových látek .....	43
4.3 Životní prostředí .....	46
4.4 Souhrnné hodnocení životního stylu a prostředí .....	46
<b>5. ZDRAVÍ OBYVATEL.....</b>	<b>49</b>
5.1 Vnímání vlastního zdraví .....	49
5.2 Zdraví ve vybraných oblastech.....	51
5.3 Souhrnné hodnocení zdraví .....	54
<b>6. POKRYTÍ ZDRAVOTNICKÝMI SLUŽBAMI.....</b>	<b>56</b>
6.1 Léčba chronických onemocnění .....	58
6.2 Léčebné intervence u dospělých.....	60
6.3 Prevence u dospělých .....	64
6.4 Péče o matky a malé děti .....	67
<b>7. VSTŘÍCNOST ZDRAVOTNICKÉHO SYSTÉMU.....</b>	<b>70</b>
7.1 Důležitost atributů vstřícnosti .....	72
7.2 Hodnocení zdravotnického systému.....	73
7.3 Vstřícnost ve vybraných oblastech .....	75
7.4 Souhrnné hodnocení vstřícnosti .....	80
<b>Příloha 1: Implementace šetření.....</b>	<b>83</b>
<b>Příloha 2: Zajištění srovnatelnosti výsledků .....</b>	<b>89</b>

## CONTENT

<b>SUMMARY .....</b>	<b>10</b>
<b>1. INTRODUCTION .....</b>	<b>13</b>
1.1 Information to drive health policy.....	13
1.2 Objectives and merits of the survey .....	14
1.3 Basic characteristics of the survey .....	16
1.4 A guide through the report.....	16
<b>2. PEOPLE AND LIVING CONDITIONS .....</b>	<b>18</b>
2.1 Population and household characteristics .....	18
2.2 Economic status of households.....	24
2.3 Social capital .....	27
<b>3. PEOPLE AND HEALTH SYSTEM .....</b>	<b>30</b>
3.1 Human resources in health care.....	30
3.2 Financing of health care .....	31
3.3 Health system goals .....	36
<b>4. LIFE STYLE AND ENVIRONMENT .....</b>	<b>38</b>
4.1 Nutrition and physical activity habits.....	38
4.2 Use of addictive substances.....	43
4.3 Environment .....	46
4.4 Overall evaluation of life style and environment .....	46
<b>5. HEALTH STATUS .....</b>	<b>49</b>
5.1 Perception of own health .....	49
5.2 Health in selected domains .....	51
5.3 Overall evaluation of health.....	54
<b>6. COVERAGE OF HEALTH SERVICES.....</b>	<b>56</b>
6.1 Treatment of chronic conditions .....	58
6.2 Curative interventions in adults .....	60
6.3 Prevention in adults.....	64
6.4 Health care for mothers and small children .....	67
<b>7. HEALTH SYSTEM RESPONSIVENESS.....</b>	<b>70</b>
7.1 Importance of attributes of responsiveness.....	72
7.2 Evaluation of healthcare system.....	73
7.3 Responsiveness in selected domains .....	75
7.4 Overall evaluation of responsiveness.....	80
<b>Annex 1: Survey implementation .....</b>	<b>83</b>
<b>Annex 2: Comparability of results assurance .....</b>	<b>89</b>

## SOUHRN

Světové šetření o zdraví je projektem Světové zdravotnické organizace, jehož hlavní fáze proběhla v letech 2002-2003 v 72 státech celého světa. Jde o výběrové šetření provedené u dospělé populace, které by mělo přinést mezinárodně srovnatelné údaje o zdravotním stavu obyvatel a fungování zdravotnických systémů. V České republice byl organizátorem Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, který zajistil provedení tisíce rozhovorů na reprezentativním vzorku dospělé populace.

Do šetření byla zařazena široká skupina otázek zjišťujících podmínky pro zdraví, na základě kterých bylo možné hodnotit rozdíly ve zdraví a přístupu ke zdravotní péči: socio-demografické charakteristiky osob, ekonomický status domácností i celospolečenské podmínky k životu nazývané sociálním kapitálem. Rozdíly v sociálních a ekonomických podmínkách k životu nelze podle výsledků považovat za propastné, což ukazuje na poměrně stabilní sociální prostředí v České republice. Z podobnosti těchto i dalších charakteristik osob a domácností výběrového souboru s charakteristikami celé populace lze považovat výsledky šetření za dostatečně reprezentativní.

Sledování lidských zdrojů ve zdravotnictví bylo zaměřeno jednak na pracovníky ve zdravotnictví a dále na osoby pečující o rodinné příslušníky či jiné osoby kvůli jejich zdraví. Rozsah potřeb této péče v domácnostech ani počet osob zapojených do jejího poskytování není zanedbatelný. Z důvodu pokrytí celé populace veřejným zdravotním pojištěním a relativně nízkým rozdílem v ekonomické úrovni domácností nebylo zjištěno výrazné ohrožení obyvatelstva nepřiměřenými výdaji na zdraví. Za nejdůležitější cíl zdravotnictví považují lidé zlepšování zdraví, avšak ani vstřícnost zdravotnictví a spravedlivé financování nemají zanedbatelný význam.

Životní styl a prostředí představují významné faktory ovlivňující zdraví obyvatel. Výsledky ukázaly vysoké riziko plynoucí z nedostatečné konzumace ovoce a zeleniny a nadváhy. Jednoznačně dobře jsme dopadli jen z pohledu environmentálních rizik (tj. u dostupnosti pitné vody a hygienických zařízení, znečištění vzduchu spalováním pevných paliv v domácnosti). Muži vykazovali horší výsledky než ženy, přičemž největší rozdíly se projeví v nadměrné spotřebě alkoholu následované pravidelným kuřáctvím. Více rizik životního stylu bylo identifikováno u osob ve věku 40-49 let a u osob s nižším vzděláním.

Vysoká shoda byla zjištěna mezi subjektivně vnímaným zdravím a ostatními sociálními ukazateli. Spokojenost lidí s vlastním zdravím byla častěji menší než to, jak jej subjektivně vnímali. Zdraví se sledovalo v osmi oblastech: pohyblivost, osobní péče, bolest a tělesné obtíže, poznávání, mezilidské vztahy, zrak, spánek a energie a citové rozrušení. Nejlépe byly hodnoceny osobní péče, mezilidské vztahy a zrak, naopak nejhůře dopadly pohyblivost spolu s bolestmi a tělesnými obtížemi. Hodnoty ukazatelů zdraví očištěných od subjektivních očekávání respondentů se výrazně zhoršovaly s věkem, většinou byly horší u žen (zejména u spánku a energie a citového rozrušení) a u osob s nižším vzděláním.

Pokrytí zdravotní péčí se jeví jako užitečný nástroj hodnocení fungování zdravotnického systému, jak to dokládají některé výsledky získané z tohoto šetření. Z porovnání rozšíření a léčby vybraných zdravotních potíží by se mohlo zdát, že ženy jsou nemocnější a využívají zdravotní péči častěji než muži. Ženy častěji podstupovaly léčbu revmatických onemocnění, astmatu a deprese. Bylo zjištěno běžné využívání chirurgického zákroku při léčbě šedého zákalu. Problémy se zuby jsou u dospělé populace dosti rozšířeny, ale jsou ve většině případů také léčeny. Ženami je poměrně hojně využívána prevence rakoviny děložního hrdla, poněkud méně pak prevence rakoviny prsu, jejíž větší rozšíření lze však očekávat. I na základě výsledků získaných z tohoto šetření lze charakterizovat úroveň péče o matky jako velmi vysokou. Méně přínosné se zdá být hodnocení léčebně-preventivní péče o malé děti, kterou však lze podle jiných zdrojů považovat za dobrou.

Rozdíly v pokrytí, zjištěné pouze u několika zdravotních intervencí, nebyly nikterak zásadní. Vyšší rozšíření chronických onemocnění a využívání péče při jejich léčbě zaznamenané u žen ukazuje spíše na nižší aktivitu mužů při vyhledávání péče. Potřeby léčebné péče jsou u starších osob samozřejmě vyšší, avšak některé intervence možná nedostatečně využívány (u péče o chrup a péče při úrazech). U osob s nižším vzděláním byl zjištěn horší zdravotní stav a tedy vyšší zdravotní potřeby, i přesto však u některých intervencí méně časté návštěvy lékařů (u péče o zrak a péče o chrup). Méně časté využívání preventivní nebo prenatalní péče bylo zaznamenáno u žen s nižším vzděláním, což může být dáno jejich menší informovaností nebo menšími požadavky. U více specializované péče by přece jen mohla mít určitý vliv geografická dosažitelnost, jednoznačně se to však nepotvrdilo.

Poměrně silná je převaha lidí spokojených s celkovým fungováním našeho zdravotnictví. Vyrovnané je však hodnocení způsobu zapojení obyvatel do rozhodování o zdravotní péči v České republice. Téměř všem občanům je v případě potřeby zdravotní péče tato poskytnuta. Pouze nízké procento našich občanů se cítilo být při návštěvě zdravotnického zařízení z nějakého důvodu diskriminováno.

Vstřícnost zdravotnictví, vyjadřující míru úcty k pacientovi a míru zaměření se na jeho potřeby, byla hodnocena na základě zkušeností lidí při kontaktech se zdravotnickým systémem. Vstřícnost se sledovala v osmi oblastech: důstojné zacházení, důvěrnost osobních údajů, srozumitelná komunikace, samostatnost při rozhodování, rychlá dostupnost péče, volba poskytovatele péče, kvalita prostředí a základního vybavení, sociální podpora. Za nejdůležitější atribut vstřícnosti považují lidé srozumitelnou komunikaci, následovanou důvěrností osobních údajů a důstojným zacházením, za nejméně důležité pak volbu poskytovatele a samostatnost při rozhodování o léčbě, což dokumentuje přetrvávající pasivní vztah lidí ke zdravotní péči. Z hlediska jednotlivých atributů vstřícnosti posuzovali lidé u ambulantní péče nejlépe důstojné zacházení a u lůžkové péče nejlépe sociální podporu. U obou segmentů byla nejhůře hodnocena samostatnost při rozhodování.

Jedním z vysvětlení lepšího hodnocení vstřícnosti ambulantní i lůžkové péče ženami by mohla být pouze metodika zpracování údajů. S rostoucím věkem se vstřícnost u obou



segmentů zlepšovala, přičemž jeho silnější vliv byl u lůžkové péče. Obyvatelé v nejmenších obcích hodnotili vstřícnost ambulantní péče hůře. Vzdělání hrálo důležitější roli u lůžkové péče, neboť osoby se základním vzděláním hodnotily vstřícnost nejhůře, zatímco středoškoláci nejlépe. Úzká provázanost byla zjištěna mezi vnímáním vlastního zdraví, celkovým zapojením občanů do rozhodování o zdravotní péči, spokojeností s fungováním zdravotnického systému na straně jedné, a hodnocením vstřícnosti na straně druhé.

Doufáme, že výsledky přispějí k lepšímu porozumění rozdílů ve zdraví a přístupu ke zdravotní péči mezi různými státy i mezi různými populačními skupinami uvnitř jednotlivých států. Tento široce pojatý pohled na naše zdraví a zdravotnictví by měl být příspěvkem do diskuse, která povede k přijímání komplexnějších a efektivnějších rozhodnutí o zdravotní politice tak, aby se přiblížila potřebám každého občana.

## SUMMARY

The World Health Survey is a project of World Health Organization. Its main phase took place in 2002 to 2003 in 72 countries all over the world. It is a sample survey of adult populations, which should provide internationally comparable data on health states of populations and on the functioning of health systems. In the Czech Republic it was organized by the Institute of Health Information and Statistics of the CR that ensured the execution of a thousand interviews with a representative population sample.

The survey included a broad group of questions inquiring about the conditions for health, on the basis of which it was possible to assess the differences in health and in access to health services: socio-demographic characteristics of persons, economic status of households as well as the general life conditions called the social capital. The results show that differences in social and economic life conditions cannot be considered abysmal, which means that the social milieu in the CR is relatively stable. Similarity of these as well as other characteristics of persons and households in the surveyed sample with the characteristics of the whole population allows us to consider the results of the survey sufficiently representative.

Monitoring of human resources in health care was focused on people working in health services and further also on people taking care of their family members or of other persons because of their health conditions. Neither the extent of such care within households nor the number of persons involved in providing such care is negligible. Since all citizens are covered by public health insurance and the differences in economic levels of households are small, the survey did not detect any significant risk for the population from inadequate expenses on health. Among the health system goals people consider improving the health as the most important, but also the responsiveness of the health system and fairness in financial contributions are stressed in significant proportions.

The life styles and the environment are significant factors determining the health of the population. The results showed high risks following from insufficient consumption of fruits and vegetables and from overweight. Clearly good results were only exhibited in environmental risks (i.e. in accessibility of drinking water and hygienic facilities, air pollution by burning solid fuels by households). Men exhibited worse results than women, the largest differences were in excessive alcohol consumption followed by regular smoking. More life style risks were identified in persons aged 40-49 years and in persons with lower education.

High correlation was found between subjectively perceived health and other social indicators. Satisfaction with one's own health was often lower than the level of its subjective perception. Health was monitored in eight domains: mobility, self-care, pain and discomfort, cognition, interpersonal activities, vision, sleep and energy, affect. The best assessment was given to self-care, interpersonal activities and vision, the worst results were obtained in mobility along with pain and bodily discomfort. The values of health indicators purged from subjective expectations deteriorated significantly with increasing

age, they were mostly worse in women (particularly sleep and energy, affect) and in people with lower education.

The coverage of health care appears as a useful instrument for evaluation of the functioning of the health care system, as evidenced by some results obtained in the present survey. Comparison of the prevalence and therapy of selected health problems might seem to indicate that women are more ill and utilize health services more frequently than men. Women more often undergo the therapy of rheumatic diseases, asthma and depression. Routine surgical therapy of cataracts was recorded. Dental problems are widely spread in the adult population but in most cases they are attended to. Screening of cervical cancer is relatively widely utilized by women, quite lower utilization of breast cancer prevention may be expected to improve. The results of the survey indicate that the care for mothers may be characterized as very high. Evaluation of the preventive and therapeutic care for small children seems to be less useful but the care is good according to other sources.

The differences in coverage detected in several health interventions were not fundamental. Higher prevalence of chronic diseases and exploitation of health care for their treating registered in women might rather signify lower activity of men in seeking care. The needs of therapeutic care are of course higher in elderly persons but some interventions may be insufficiently utilized (in dental care and treating injuries). Worse state of health and thus greater need of health care was found in persons with lower education; nevertheless they report less frequent contact with physicians for some interventions (in vision and dental care). Less frequent utilization of preventive and prenatal care was registered in women with lower education, which may be caused by lower level of information or lower demands. Some inequality in access to highly specialized care may be connected with geographic distance but no unambiguous confirmation was obtained.

The prevalence of people who are satisfied with the overall performance of our health system is relatively strong. However, the assessment of the degree of participation of the public in decisions concerning health care in the Czech Republic was balanced between positive and negative. An overwhelming majority of the population receives health care in case of need. Only a low percentage of our citizens reported feeling discriminated for some reason in contact with a health establishment.

The health system responsiveness expressing the degree of respect for the patients and the degree of focusing on their needs was evaluated on the basis of the respondents' experience in contacts with health establishments. Responsiveness was monitored in eight domains: respectful treatment, confidentiality of personal data, clarity of communication, involvement in decision making, convenient travel and short waiting times, choice of health care providers, good quality surroundings, social support. Among the attributes of responsiveness, the most important was clarity of communication, followed by confidentiality of personal data and respectful treatment. As the least important was considered the choice of health care providers and involvement in decision making, which

indicates persistence of a passive attitude to the health system. Respectful treatment in outpatient facilities and social support in bed care were given the best rating among all attributes of responsiveness. Involvement in decision making was assessed as worst in both segments.

More favourable assessment of the responsiveness of the outpatient care as well as of bed care obtained from women might perhaps be explained by the methodology of data processing. The favourable assessment of the responsiveness improved in both segments with age, more strongly in bed care. The inhabitants of the smallest municipalities assessed the outpatient care as less responsive. Education had a larger influence in assessment of the bed care, people with elementary education assessed it worst, people with secondary education as best. High correlation was found between subjective perception of one's own health, participation in decisions about health care and satisfaction with the functioning of the system on one side, and assessment of the responsiveness on the other side.

We hope that the results will contribute to better understanding of the differences in health and in attitudes to health care between different countries and between different population groups within the countries. This widely conceived view of our health and our health care should contribute to the discussion that will eventually lead to complex and effective decisions bringing the health policy nearer to the needs of every citizen.

## 1. ÚVOD

- Potřebujeme informace pro řízení zdravotní politiky?
- Jaké údaje o zdraví a zdravotnictví jsou sledovány?
- Má provádění výběrových šetření o zdraví své opodstatnění?
- Co je Světové šetření o zdraví a jaký je jeho přínos?

### 1.1 Informace pro řízení zdravotní politiky

Zdraví je jednou ze základních lidských hodnot, která si zasluhuje společenskou ochranu. Významná část činností péče o zdraví a tím zlepšování kvality života je realizována poskytováním zdravotnických služeb v rámci zdravotnického systému, v širším pojetí nazývaném systém péče o zdraví. Každý z účastníků má v tomto systému svou úlohu a potřebuje ke svému rozhodování přístup ke specifickým informacím. Jiné informace bude vyžadovat pacient, jiné poskytovatel zdravotní péče a jiné její financier. Zvláštní zájem mají i veřejné instituce, které mají na starost tvorbu a realizaci zdravotní politiky a dohled nad fungováním celého systému péče o zdraví. Při své činnosti musí zvažovat obecná hlediska ekonomická, sociální a další, která směřují k plnění sociálních cílů. Rozhodnutí by měla být vždy činěna na základě reálné představy o stavu věcí, jeho příčinách, mechanismech fungování systému a možných způsobech jeho účinného ovlivňování.

Pestrou variabilitu informačních potřeb by měly uspokojovat národní informační systémy, které jsou schopny včas dodávat přesné a požadované údaje. Plánování a realizace zdravotní politiky se neobejde bez co možná nejobecnějšího popisu zdravotnického systému a vazeb mezi jeho jednotlivými činiteli. Je třeba odpovědět na širokou škálu otázek: „*Jaký je zdravotní stav celé populace a existují významné rozdíly mezi některými skupinami osob? Pokud ano, co je jejich příčinou? Jaké služby, v jakém rozsahu a jakým způsobem jsou v rámci zdravotnického systému poskytovány? Mají některé skupiny obyvatelstva omezen přístup ke zdravotní péči a jaké jsou pro to důvody? Jakým způsobem je zdravotnictví financováno a je tento způsob pro všechny spravedlivý? Jaké jsou představy jednotlivých účastníků o cílech a fungování zdravotnictví a jak hodnotí jeho současný stav?*“ Vědeckou analýzou získávaných údajů je pak možné získat popis fungování procesů probíhajících uvnitř zdravotnického systému i s jeho vazbami na další systémy a popis utváření zdraví populace. Teprve na základě těchto podkladů lze přijímat komplexnější a efektivnější rozhodnutí o zdravotní politice tak, aby se přiblížila potřebám každého občana.

Shromažďování, zpracovávání a poskytování údajů o zdravotnických systémech bývá náplní práce národních zdravotnických informačních systémů. Ty spravují údaje o vstupech zdravotnických (kdo pracuje ve zdravotnictví a jaké používá vybavení) a finančních (kdo za služby platí), o činnostech (co a jak je poskytováno) a výstupech (výsledky léčby a další cíle) zdravotnického systému. *Zdravotnické zdroje* se podílejí na plnění funkcí zdravotnictví. Těmito zdroji jsou především pracovníci ve zdravotnictví,

zdravotnické kapacity (zdravotnická zařízení a jejich vybavení), medicínské technologie a léčebné prostředky. Kromě těchto čistě „zdravotnických“ vstupů existují další faktory, které lze také označit za zdroje zdraví, jejichž sledování je nutné, ale ne vždy obvyklé a snadné. Jde například o stupeň celkového ekonomického rozvoje společnosti, o kulturní a sociální podmínky pro život, kvalitu životního prostředí, životní styl a rizikové chování, či o demografickou strukturu populace. Poskytování zdravotnických služeb je nedílně spjato s *finančními zdroji* a jejich toky. Jejich sledování představuje komplexní, důležitou a náročnou úlohu, jejíž výsledky mohou významně ovlivnit efektivní fungování zdravotnického systému. Úkolem statistiky je zjišťovat kdo, komu a za jaké zdravotnické služby platí. *Činnosti* v rámci zdravotnického systému představují poskytování zdravotnických služeb. Tvoří je převážně léčebná a preventivní zdravotní péče, například provádění lékařských vyšetření a zdravotních testů, provádění operací nebo poskytování léčiv. Jedná se však také o činnosti spojené se správou zdravotnictví, vědu, výzkum a vzdělávání ve zdravotnictví. *Výstupem* ze zdravotnictví se rozumí výsledek jeho činnosti, kterým bývá především zdravotní stav obyvatel. Nejčastějšími zdroji údajů o zdravotním stavu jsou statistika zemřelých a zdravotní registry. Z těchto zdrojů však není možné získat úplný obraz o zdravotním stavu, který zahrnuje mnohem obecnější koncept, zahrnující celkovou fyzickou, duševní i sociální pohodu. Výstupem zdravotnického systému však nemusí být pouze zdraví, ale může jím být i zaměření na některé další sociální cíle, které celkově zlepšují kvalitu života.

Předpokladem pro hodnocení fungování zdravotnického systému je znalost údajů o vstupech, činnostech a výstupech zdravotnictví a vazeb mezi těmito součástmi. V úvahu je třeba brát i další související okolnosti, jako například organizaci zdravotnictví, způsob financování a představy jednotlivých aktérů o fungování celého systému. Na základě těchto podkladů lze následně hodnotit výkonnost zdravotnického systému a umožnit srovnání různých zdravotnických systémů. Uspokojení všech těchto informačních potřeb je ekonomicky, technicky i odborně náročným úkolem. Je jasné, že ne všechna data lze získávat pravidelně a vyčerpávajícími šetřeními. Proto je třeba kombinovat různé zdroje údajů i způsoby jejich získávání. Vhodným doplňkovým zdrojem informací mohou být v mnoha případech právě výběrová šetření o zdraví a fungování zdravotnictví.

## 1.2 Cíle a přínos šetření

*Světová zdravotnická organizace (WHO)* byla založena Organizací spojených národů (OSN) a jejím hlavním cílem je zlepšování zdraví světové populace a zpřístupnění zdravotní péče všem lidem. Ke splnění tohoto cíle podporuje vlády členských států ve zkvalitňování jejich zdravotnických systémů a to i tím, že jim umožňuje získat srovnatelné údaje o zdraví obyvatel a systému zdravotnictví. Proto byl také před několika lety zahájen projekt výběrových populačních šetření *World Health Surveys (WHS)*. Cílem projektu bylo vyvinout finančně dostupné prostředky pro získávání platných, spolehlivých a celosvětově srovnatelných údajů o zdraví lidí a fungování zdravotnických systémů, které by doplnily běžné údaje zjišťované národními zdravotnickými informačními systémy; dále vybudovat databázi informací důležitých pro rozhodování o tom, zda zdravotnické systémy dosahují

požadovaných cílů; a poskytovat tak tvůrcům zdravotní politiky podklady potřebné k přípravě programů rozvoje zdravotnictví a zlepšování zdraví obyvatel. Významně mohou tato šetření přispět k monitorování plnění „Cílů rozvoje v novém tisíciletí“ (*Millenium Development Goals*) deklarovaných členskými státy OSN.

Náplň projektu vychází z požadavků a potřeb všech členských zemí WHO tak, aby zahrnoval problematiku nejrozličnějších kultur vyspělých i rozvojových států. V rámci tohoto šetření, jehož hlavní fáze proběhla v letech 2002-3 v 72 státech celého světa, byly získávány údaje o zdraví a jeho rizikových faktorech, o nemocnosti a úmrtnosti lidí, vstřícnosti zdravotnického systému, potřebách, přístupu a využívání zdravotní péče a některé další údaje související se zdravím (např. očekávání lidí od zdravotnického systému a způsob financování zdravotní péče).

Přínos šetření lze spatřovat ve třech oblastech. *Za první* jde o získání nebo doplnění neznámých nebo neúplných údajů o zdraví a zdravotnictví. Dostupné údaje o zdravotnictví se mezi různými státy značně liší, a proto bude rozdílný i přínos pro každou zemi. Rozvojové země s nevybudovanou zdravotnickou statistikou ocení i základní údaje o počtu zdravotnických pracovníků a úmrtnosti obyvatel. Většina zemí určitě využije údaje o tom, jak lidé vnímají různé aspekty kvality péče, jak jsou spokojeni se zdravotnictvím a co by podle nich mělo především zabezpečovat.

*Za druhé* může toto šetření přispět k posouzení vztahu mezi demografickými a sociálními faktory a zdravím, životním stylem a rizikovým chováním, podmínkami k životu, přístupu a využíváním zdravotnických služeb. To by mělo umožnit identifikovat znevýhodněné či ohrožené skupiny obyvatel a výsledky mohou být využity jako podklady k přijímání adekvátních opatření. Výhodou tohoto šetření je zjišťování některých údajů o domácnosti respondenta a případně o jednotlivých členech jeho domácnosti. Některé aspekty života člověka, včetně těch souvisejících se zdravím, jsou totiž podmiňovány spíše fungováním jeho rodiny či domácnosti. Domácnosti jsou významným poskytovatelem zdravotní péče, zejména pro děti a starší osoby. Finanční a jiná rizika vyplývající z ohrožení zdraví nese celá rodina. Rodina také činí některá rozhodnutí související se zdravím, určuje socio-ekonomické postavení svých členů a ovlivňuje i jejich individuální chování.

Velkým přínosem šetření by *za třetí* mělo být i mezinárodní porovnávání výsledků. Společným cílem zdravotnických systémů je péče o zdraví obyvatel, prostředky a způsob k jeho dosahování však mohou být odlišné. Nabízí se tak otázka posouzení efektivnosti či výkonnosti jednotlivých zdravotnických systémů. Srovnatelných údajů je stále nedostatek, avšak jejich potřeba pro získání reálného obrazu o celkovém stavu zdraví a fungování zdravotnictví je nutná.

### 1.3 Základní charakteristika šetření

Do Světového šetření o zdraví byla zapojena i Česká republika a provedením šetření byl pověřen *Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky (ÚZIS ČR)*, který je organizační složkou státu a jehož zřizovatelem je Ministerstvo zdravotnictví (MZ ČR). Přípravné práce proběhly ve druhé polovině roku 2002 a na počátku roku 2003. Zahrnovaly zajištění výběru respondentů, překlad a přípravu materiálů, proškolení tazatelů a provedení pilotního sběru dat. Rozhovory s respondenty byly provedeny na jaře roku 2003. Do podzimu pak probíhala kontrola dat, jejich pořízení a vyčištění. Ve všech fázích implementace šetření a zpracování dat byl kladen důraz na dodržování jednotné metodiky.

Metodou vícestupňového náhodného výběru bylo vybráno 1 918 osob starších 18 let z 200 obcí v celé České republice. Ve výběru bylo reprezentativní zastoupení obyvatel ze všech regionů a různě velkých obcí.

Při rozhovorech byla použita 90minutová verze dotazníku. Dotazník byl rozdělen na část pro domácnost (údaje o složení domácnosti, péči v domácnosti, zdravotním pojištění, příjmech a výdajích domácnosti, zaměstnání ve zdravotnictví) a část pro jednotlivce (socio-demografické charakteristiky respondenta, zdravotní stav, oceňování zdravotních stavů, rizikové faktory zdraví, úmrtnost, pokrytí zdravotnickými službami, vstřícnost zdravotnického systému, cíle zdravotnictví a sociální kapitál).

Sběr údajů byl proveden metodou osobního rozhovoru tazatele s respondentem (face-to-face), při kterém tazatel vyplňoval dotazník. Účast všech respondentů byla dobrovolná. Byla dodržována přísná opatření týkající se ochrany údajů, aby nemohlo dojít k jejich zneužití. Provedení rozhovorů zajišťovali zkušení a vyškolení tazatelé, na jejichž práci dohlížely pověřené osoby. Po zkontrolování dotazníků došlo k přepisu údajů do elektronické podoby a následovalo vyčištění datového souboru.

Vysoká náročnost tohoto šetření se projevila v nižší úspěšnosti provedení rozhovorů. Celkem byly rozhovory provedeny s 935 vybranými osobami. Pokud vyloučíme osoby, které nebyly kontaktovány nebo s nimiž z objektivních důvodů nemohl být rozhovor proveden, tak míra návratnosti dotazníků činila 55,1 %. Struktura souboru respondentů se v některých charakteristikách odlišuje od dospělé populace České republiky, ale žádná z významných skupin obyvatelstva nebyla výrazně podhodnocena či nadhodnocena.

### 1.4 Průvodce zprávou

Tato zpráva podává přehled základních výsledků Světového šetření o zdraví za Českou republiku. Jejím cílem není podat podrobný popis všech zjištění a jejím obsahem není ani mezinárodní srovnání výsledků, které bude provedeno Světovou zdravotnickou organizací. Technické aspekty realizace šetření a metodika statistického zpracování výsledků jsou součástí příloh. Výsledky prezentované v tabulkách a grafech byly vypočteny bez použití výběrových vah a nebyly věkově ani jinak standardizovány. Při analýzách však bylo přihlédnuto k případnému nežádoucímu vlivu některých faktorů. Zároveň byla použita nová statistická metoda, přihlížející k vlivu subjektivních očekávání.



Výsledky jsou prezentovány v šesti tématicky zaměřených kapitolách. Ve druhé kapitole jsou popsány podmínky k životu obyvatel České republiky. Jde jednak o základní demografické a sociální charakteristiky obyvatel a domácností, které mohou ovlivňovat zdravotní stav, dále o měření ekonomického statusu rodiny a souhrnné celospolečenské klima, které utváří podmínky pro zdraví obyvatel a fungování zdravotnictví. Třetí kapitola se zabývá některými aspekty vztahu mezi lidmi a zdravotnickým systémem. Poskytuje údaje o pracovnících ve zdravotnictví, o potřebách a poskytování zdravotní péče v domácnostech, o výdajích na zdraví a jejich možných negativních důsledcích na ekonomickou situaci domácností a o názorech lidí na cíle, kterých by zdravotnictví mělo dosahovat. Čtvrtá kapitola nabízí pohled na životní styl a životní prostředí, které mohou být významnými rizikovými faktory zdraví. Obsahem páté kapitoly je popis zdravotního stavu obyvatel, a to jednak z pohledu subjektivního vnímání celkového zdraví a dále jeho hodnocením v několika oblastech s přihlédnutím k vlivu rozdílných očekávání. Šestá kapitola se pokouší ověřit, zda jsou zdravotní potřeby obyvatel u vybraných intervencí skutečně uspokojovány, což bývá označováno jako pokrytí zdravotnickými službami. V sedmé kapitole jsou popsány výsledky celkového hodnocení zdravotnictví, hodnocení vstřícnosti zdravotnického systému (tj. jakým způsobem a v jakém prostředí je poskytována zdravotní péče) a dalších aspektů poskytované péče.

## 2. LIDÉ A PODMÍNKY K ŽIVOTU

- Jaké údaje o nás nebo našich rodinách mohou souviset se zdravím?
- Umíme měřit ekonomický status a chudobu?
- Má na naše zdraví vliv i celospolečenské prostředí?

### 2.1 Struktura populace a domácností

Zdraví je významnou individuální hodnotou, což znamená jednak vysokou míru svobody při pečování o ně, ale zároveň i osobní odpovědnost za ně. Při formování úrovně a rozdílů ve zdraví mohou hrát svou úlohu různé demografické, geografické, sociální nebo ekonomické faktory. Proto je důležité znát významnost a podstatu těchto osobnostních charakteristik. Některé zdravotní aspekty života člověka jsou však spíše podmiňovány rodinným zázemím, a proto je důležité posuzovat i vliv tohoto faktoru. Finanční ale i jiná rozhodnutí jsou činěna spíše na úrovni rodiny (resp. domácnosti). Postavení a chování některých osob v domácnosti určuje postavení a ovlivňuje chování ostatních členů.

V tomto šetření se o respondentech získávaly údaje o jejich pohlaví a věku, národnosti a mateřském jazyku, o bydlišti (poloze a velikosti obce), rodinném stavu, vzdělání a ekonomickém postavení (ekonomické aktivitě a zaměstnání). Základní údaje o domácnostech se týkaly její velikosti a demografické struktury. Tyto údaje lze porovnat s údaji ze Sčítání lidu domů a bytů České republiky provedenému k 31.3.2001, a je tak možné posoudit reprezentativnost souboru respondentů. Výsledky potvrdily ověřené poznatky o tom, které skupiny obyvatelstva se méně zapojují do podobného typu šetření.

#### Pohlaví a věk

Biologické faktory pohlaví a věk jsou základními faktory podmiňujícími lidské zdraví. Z tohoto důvodu je nelze při analýze zdravotního stavu a ostatních faktorů opomíjet a je nutné vždy přihlédnout i k jejich vlivu.

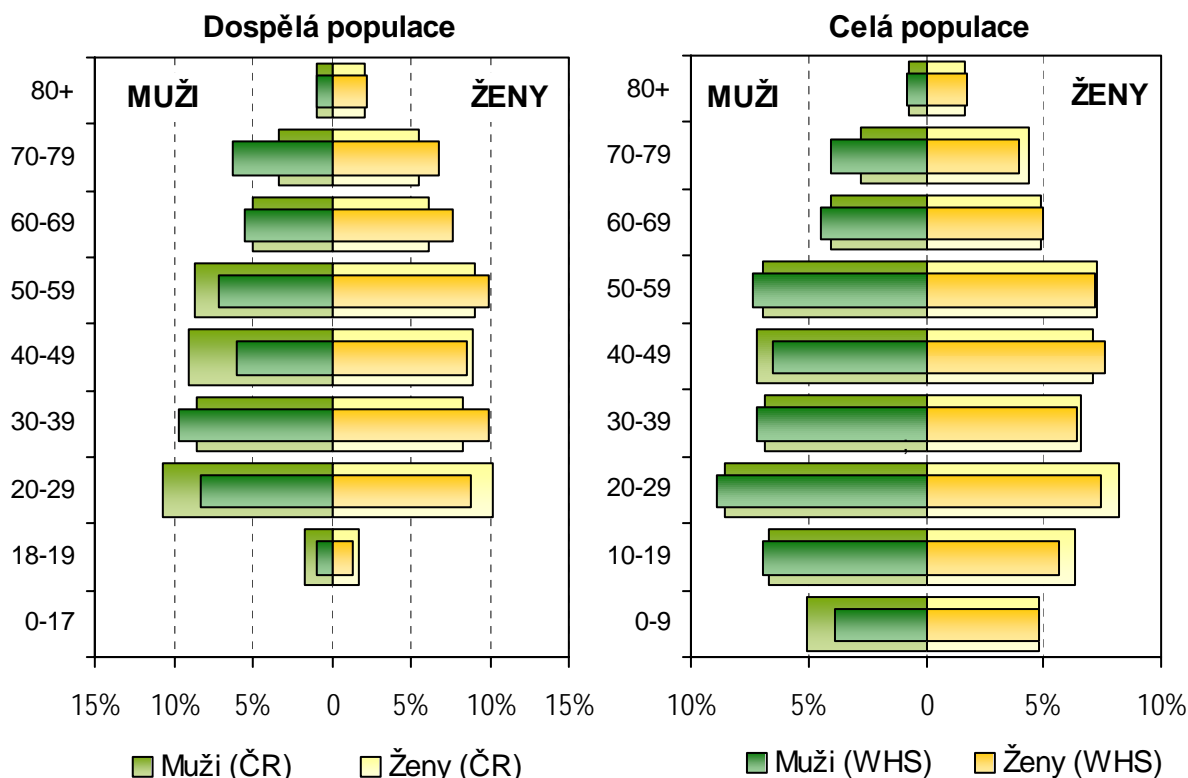
#### Struktura populace podle věku a pohlaví

Věková skupina	Muži				Ženy			
	WHS počet	WHS %	SLDB %	WHS / SLDB	WHS počet	WHS %	SLDB %	WHS / SLDB
18 - 29 roků	87	20,8	25,9	80,2	94	18,2	23,0	79,4
30 - 44	120	28,6	26,6	107,7	127	24,6	23,8	103,5
45 - 59	94	22,4	28,1	79,8	139	26,9	26,9	100,3
60 a více	118	28,2	19,4	144,9	156	30,2	26,4	114,5
<b>Celkem</b>	<b>419</b>	<b>44,8</b>	<b>48,0</b>	<b>93,3</b>	<b>516</b>	<b>55,2</b>	<b>52,0</b>	<b>106,2</b>

Z 935 respondentů bylo 516 (55,2 %) žen a 419 (44,8 %) mužů. Oproti dospělé populaci České republiky (s 52,0 % žen a 48,0 % mužů) bylo v souboru mírně více žen a méně mužů. Do šetření se aktivně zapojilo 0,011 % celé populace 18letých a starších

osob. Z hlediska věkového rozložení se soubor respondentů od populace České republiky mírně odchyloval. Méně byli zastoupeni muži i ženy do 30 let a muži ve věku 40-49 let. Naopak více byli zastoupeni muži nad 70 let. Průměrný věk respondentů v souboru dosahoval 46,8 roku oproti 46,1 roku za celou dospělou populaci v České republice.

**Relativní struktura dospělé a celé populace podle věku a pohlaví**



Zdroj: SLDB 2001 (ČSÚ) a WHS (ÚZIS ČR).

Jelikož se v tomto šetření zjišťovaly i údaje o jednotlivých příslušnících domácnosti respondenta, můžeme porovnat strukturu osob v domácnostech s domácnostmi v celé České republice (tedy celou populací). Toto šetření zahrnovalo celkem 2 703 osob (výběrový soubor tak pokrýval 0,026 % všech obyvatel ČR), z toho 1 352 žen a 1 351 mužů. Porovnáním stromu života za soubor domácností a celé populace ČR lze říci, že rozdíly nebyly již tak výrazné jako u samotných respondentů. Průměrný věk v souboru všech osob v domácnostech byl 39,3 roku oproti 38,3 roku v celé České republice.

**Oblast a velikost obce**

Geografický faktor může hrát při zkoumání zdravotních aspektů významnou roli. Různá ekonomická vyspělost jednotlivých regionů může ovlivňovat úroveň poskytovaných zdravotnických služeb a jiná kulturní úroveň může ovlivňovat životní styl. Poloha a velikost bydliště určuje životní prostředí a může ovlivňovat dostupnost zdravotní péče. Geografickou identifikaci respondentů byla věnována, z důvodu plánované regionální analýzy výsledků

na národní i mezinárodní úrovni, značná pozornost. Zjišťovanými údaji o bydlišti respondenta byly regionální příslušnost, identifikační údaje o obci či sídle, zeměpisná poloha a zda jde o městské (obce s 10 000 a více obyvateli), maloměstské (obce s 2 000-9 999 obyvateli) či venkovské prostředí (obce do 2 000 obyvatel).

Dle oblastí (NUTS 2) odpovídalo rozdělení respondentů celé populaci, s odchylkami patrnými pouze u žen. Nadhodnocení výběru pro Prahu tak bylo kompenzováno nižší účastí jejích obyvatel. Při srovnání struktury dle velikosti obce je patrné, že očekávaný podíl osob ve výběru se snižoval s velikostí obce. Nižší bylo zastoupení osob v největších městech.

### Struktura populace podle velikostní skupiny obce

Velikost obce	Muži				Ženy			
	WHS počet	SLDB %	WHS / SLDB	WHS / SLDB	WHS počet	SLDB %	WHS / SLDB	WHS / SLDB
<b>do 1 999 obyvatel</b>	118	28,2	26,4	106,6	150	29,1	25,2	115,3
<b>2 000 - 9 999</b>	84	20,0	19,6	102,1	113	21,9	19,3	113,3
<b>10 000 - 49 999</b>	94	22,4	21,1	106,6	102	19,8	21,3	92,8
<b>50 000 a více</b>	123	29,4	32,9	89,3	151	29,3	34,1	85,7

### Národnost a mateřský jazyk

Příslušnost k určité etnické či národnostní skupině může být v některých společnostech významným činitelem formujícím zdraví nebo přístup ke zdravotní péči. Podmínkou využití této charakteristiky při analýzách je dostatečné zastoupení těchto skupin v celé populaci a tedy i ve výběru. To však není případ České republiky, kde sice národnostní a etnické menšiny existují, ty jsou však v celé populaci tak řídké zastoupeny, že žádné analýzy podle tohoto znaku nelze provést. V tomto šetření se dvěma otázkami zjišťovala příslušnost k národnosti, etnické či rasové skupině a mateřský jazyk respondenta. Složení výběrového souboru bylo, s 95,7 % respondentů s českou národností, podobné národnostnímu složení celé populace. Důležité je zjištění, že se do výběru dostaly i osoby s jinou než českou národností, což svědčí o dobré kvalitě výběru osob.

### Rodinný stav

Na člověka působí sociální prostředí, ve kterém se pohybuje, zejména bývá patrný vliv rodiny. Dobré rodinné zázemí a soužití s partnerem je jednou z podmínek kvalitního života a tedy i zdraví.

**Struktura populace podle rodinného stavu**

Rodinný stav	Muži				Ženy			
	WHS		SLDB	WHS /	WHS		SLDB	WHS /
	počet	%	%	SLDB	počet	%	%	SLDB
<b>Svobodný/á</b>	106	25,4	30,7	82,6	84	16,3	20,8	78,6
<b>Sezdaný/á</b>	250	59,8	57,7	103,7	305	59,3	53,8	110,3
<b>Rozvedený/á</b>	40	9,6	8,6	111,3	39	7,6	10,4	73,0
<b>Ovdovělý/á</b>	22	5,3	3,0	175,4	86	16,7	15,0	111,5

Pozn.: Údaje ze SLDB zahrnují populaci 15 let a starší.

Kromě čtyř kategorií rodinného stavu běžně používaného v našich statistikách (tedy svobodný/á, sezdaný/á, rozvedený/á a ovdovělý/á) byly do tohoto šetření přidány i kategorie druh/družka a žijící odděleně. Pro porovnání struktury podle rodinného stavu bylo proto nutné údaje poněkud upravit, takže kategorie druh/družka (2,2 % respondentů) byla přiřazena ke svobodným a žijící odděleně (0,5 % respondentů) k sezdaným. Ve výběrovém souboru bylo méně svobodných (tedy spíše mladších) osob a více ovdovělých (tedy spíše starších) mužů.

**Vzdělání**

Úroveň a kvalita vzdělání může působit na zdraví jednak přímo tím, že vzdělaní lidé mají více informací potřebných k lepšímu rozhodování o svém zdraví a nepřímo tím, že vyšší vzdělání je spojeno s vyšším sociálním statutem a tím i většími možnostmi při zajišťování svých potřeb, tedy i zdravotních.

V tomto šetření se zjišťoval nejvyšší stupeň dosaženého vzdělání a počet let vzdělání. Respondent mohl vybrat ze sedmi kategorií úrovně vzdělání: nenavštěvoval/a jsem žádnou školu, neukončené základní, dokončené základní, dokončené učňovské bez maturity, dokončené střední s maturitou, vysokoškolské bakalářské či magisterské vzdělání a vysokoškolské postgraduální vzdělání.

Pro potřeby srovnání s výsledky SLDB a pro další analýzy byly vytvořeny čtyři kategorie vzdělání: základní (včetně neukončeného základního), učňovské (učňovské a střední odborné bez maturity), středoškolské (úplné střední s maturitou nebo vyšší odborné) a vysokoškolské. Tabulka potvrzuje známou skutečnost, že lidé s nižším vzděláním jsou méně ochotni se účastnit takovýchto šetření. Jejich větší zapojení by však bylo velmi žádoucí, neboť právě tato skupina by mohla být jednou z těch rizikových v oblasti zdraví či přístupu ke zdravotní péči.

**Struktura populace podle vzdělání**

Vzdělání	Muži				Ženy			
	WHS počet	WHS %	SLDB %	WHS / SLDB	WHS počet	WHS %	SLDB %	WHS / SLDB
<b>Základní</b>	52	12,4	12,8	96,6	108	21,0	26,7	78,6
<b>Učňovské</b>	170	40,6	48,4	83,9	164	31,8	32,9	96,8
<b>Středoškolské</b>	144	34,4	27,3	126,1	193	37,5	32,8	114,1
<b>Vysokoškolské</b>	53	12,6	11,5	109,8	50	9,7	7,6	128,4

Z údajů lze potvrdit, že mladší generace dosáhly vyššího vzdělání než starší generace, a že muži dosahují vyššího vzdělání než ženy. Průměrná délka školní docházky osob se základním vzděláním činila 8,7 roku, s učňovským vzděláním 11,6 roku, se středoškolským 13,3 roku a s vysokoškolským vzděláním 17,4 roku. Necelé 1 % respondentů uvedlo, že nemají žádné nebo nedokončené základní vzdělání a naopak necelá 2 % osob uvedla, že mají postgraduální vysokoškolské vzdělání.

**Ekonomická aktivita a zaměstnání**

Člověk tráví pracovními aktivitami podstatnou část svého života, a tak se mohou nepříznivé pracovní podmínky, nezaměstnanost, druh vykonávané činnosti nebo postavení v zaměstnání nepříjemně odrážet ve zdraví jednotlivců. V souvislosti s pracovním prostředím zaujímá důležitou úlohu působení stresu, který je významným rizikovým faktorem při vzniku některých chorob. Negativní či pozitivní vliv mohou mít tyto faktory nejen na jednotlivce, ale i na celou rodinu, jejíž socio-ekonomický status utvářejí.

V tomto šetření se zjišťovala ekonomická aktivita, postavení v zaměstnání a druh zaměstnání respondentů. Dle ekonomické aktivity se osoby členily na ekonomicky aktivní (zaměstnané a nezaměstnané) a neaktivní (studující, nepracující důchodce, osoby v domácnosti a další). Postavení v zaměstnání charakterizuje především pravomoci ekonomicky aktivní osoby ke svému pracovnímu místu a míru rozhodování o činnosti podniku, kde pracuje. Zjišťovalo se, zda je respondent státní zaměstnanec či zaměstnanec v soukromé sféře, osoba samostatně výdělečně činná nebo zaměstnavatel. Pod zaměstnáním se uvažovala činnost, kterou pracovník vykonává, a která je zdrojem jeho hlavních pracovních příjmů. Zaměstnání bylo zjišťováno 10 kategoriemi vycházejících z klasifikace zaměstnání, které se odlišují typem vykonávané práce a kvalifikací požadovanou k plnění pracovních úkolů.

Porovnání z hlediska ekonomické aktivity může být pouze orientační, neboť ke srovnání byly použity údaje ze SLDB zahrnující osoby starší 15 let. Co lze říci s určitostí, že v souboru bylo více důchodců než v celé populaci.

**Struktura populace podle ekonomické aktivity**

Ekonomická aktivita	Muži				Ženy			
	WHS		SLDB	WHS / SLDB	WHS		SLDB	WHS / SLDB
	počet	%	%		počet	%	%	
Zaměstnaní	244	58,7	64,1	91,4	228	44,4	48,7	91,3
Nezaměstnaní	25	6,0	6,2	96,8	21	4,1	5,3	77,4
Důchodci	120	28,8	20,4	141,7	189	36,8	32,1	114,9
Studující	24	5,8	8,9	64,7	25	4,9	8,2	59,5
Ostatní	3	0,7	0,4	192,9	50	9,7	5,8	168,5

Pozn.: Údaje ze SLDB zahrnují populaci 15 let a starší.

Z hlediska postavení v zaměstnání převažují, stejně jako v celé populaci zaměstnanci. Ve výběrovém souboru se vyskytují jak osoby samostatně výdělečně činné, tak zaměstnavatelé. V souboru byly také zastoupeny všechny hlavní skupiny zaměstnání.

**Složení domácností**

Domácnost byla pro potřeby tohoto šetření definována jako skupina osob společně žijících a podílejících se na nákladech na bydlení, na stravu a ostatních nákladech. Tato definice by měla odpovídat definici samostatně hospodařící domácnosti (tedy domácnost jako rezidenční a ekonomická jednotka), používané ve Sčítání lidu. Pomocí tohoto typu domácnosti lze dobře hodnotit životní úroveň.

Výběrový soubor pokrýval celkem 2 703 osob žijících v 935 v domácnostech respondentů. Na jednu domácnost tak připadalo 2,9 osoby oproti 2,4 osob z výsledků Sčítání lidu. V jedné čtvrtině domácností bylo alespoň jedno dítě mladší 15 let a ve 30 % domácností byla alespoň jedna osoba ve věku 65 a více let. Z tabulky rozdělení domácností podle počtu osob je patrné klesající zastoupení se zmenšující se velikostí domácnosti. To je způsobeno zejména tím, že u vícečlenných domácností je větší šance vybranou osobu kontaktovat.

**Struktura domácností podle velikosti**

Počet osob v domácnosti	WHS počet	WHS %	SLDB %	WHS / SLDB %
1	137	14,7	30,3	48,4
2	289	30,9	28,2	109,7
3	202	21,6	18,9	114,6
4	205	21,9	17,5	125,4
5 a více	102	10,9	5,2	208,7

Pozn.: Údaje ze SLDB se týkají hospodařících domácností.

Každý člen domácnosti má různý podíl na rozhodování domácnosti a utváření jejího socio-ekonomického statusu. Pro potřeby tohoto šetření se zjišťoval tzv. *živitel rodiny*

(případně hlava domácnosti). Takto byla označena osoba, která nejvíce přispívá na chod domácnosti (ekonomicky se na zajištění domácnosti podílí nejvíce). Tato osoba by měla mít největší vliv na podmínky k životu a tedy i na úroveň zdraví. V 53 % se za živitele rodiny prohlásil respondent. V téměř třech čtvrtinách domácností byl takovou osobou muž a v jedné třetině domácností osoba ve věku 60 a více let, pokud se na živitele podíváme z hlediska věku.

## 2.2 Ekonomický status domácností

Jedním z hlavních úkolů Světového šetření o zdraví v celosvětovém kontextu je posoudit vztah mezi chudobou a zdravotními důsledky s ní spojenými. Ekonomické postavení domácnosti může významně rozhodovat o přístupu ke zdravotnickým službám a potenciovat finanční riziko spojené s nadměrnými výdaji za zdraví. Šetření by mělo poskytnout přehled o rozšíření chudoby a s ní souvisejícími nerovnostmi ve zdraví a v přístupu ke zdravotní péči. S těmito podklady by mělo být možné provést hlubší analýzu fungování celého zdravotnického systému a připravovat opatření na zmírňování nespravedlivých nerovností. Vzhledem k nepříliš vysokým ekonomickým rozdílům mezi většinou domácností a k poměrně solidárnímu způsobu financování zdravotnického systému v České republice však nelze očekávat výrazný vliv ekonomického statusu na formování zdraví a využívání zdravotnických služeb.

Ekonomický status domácnosti lze v tomto šetření hodnotit na základě údajů o výdajích domácnosti (pomocí nichž je posuzována i chudoba) a údajů o životním standardu (které slouží ke konstrukci ukazatele stálého příjmu).

### Výdaje domácností a chudoba

Výdaje domácností představují jednu z možností, jak měřit ekonomický status domácností. Otázkami v dotazníku se zjišťovaly celkové výdaje domácnosti za poslední 4 týdny a dále jejich členění na potraviny, bydlení, vzdělání, zdravotní péči, dobrovolné zdravotní pojištění a ostatní věci a služby.

Úplnost a přesnost údajů o výdajích nebo příjmech bývá ve všech dotazovacích výběrových šetření nižší než u jiných údajů, neboť se jedná o údaje citlivé, o kterých navíc nemá každá osoba v domácnosti stejný přehled. Proto byly některé údaje, tam kde to bylo možné ze znalosti vztahů mezi vybranými ukazateli, dopočteny. Tímto způsobem byly získány potřebné údaje o výdajích za 85 % domácností v souboru. Ukazatele výdajů domácností byly porovnávány s údaji z výběrových šetření statistiky rodinných účtů (SRÚ) za rok 2002, které provádí Český statistický úřad.

Dle výsledků činily celkové čisté výdaje jedné domácnosti za poslední měsíc v průměru 12 011 Kč, tj. 4 758 Kč na osobu. To byly pouhé 2/3 hodnoty uváděné oficiálními statistikami. Podhodnocení je připisováno jejich záměrnému snižování, ale na druhé straně i opomenutí některých, někdy významných, položek výdajů (například různé splátky a dary). Oproti oficiálním statistikám zaujímaly dvakrát vyšší podíl výdaje na potraviny a výdaje na bydlení. Třikrát vyšší byl podíl výdajů na zdraví. Pokud porovnáme absolutní



částky s výsledky SRÚ, tak celkové výdaje na osobu za potraviny byly v tomto souboru mírně vyšší, výdaje za bydlení se téměř shodovaly a výdaje na zdraví byly asi 1,5 násobně vyšší. Největší deficit byl tedy u ostatních výdajů domácností, které nebyly přesněji specifikovány a bylo možné u nich čekat také nejvyšší podhodnocení. Pokud by se dopočetly celkové výdaje domácností na základě částek vydaných za potraviny a bydlení, tak by se odhadnuté údaje od oficiálních statistik příliš nelišily. Tyto podklady naznačují, že údaje o výdajích bude vhodné použít spíše jen k relativním srovnáním.

### Metodický rámeček: Měření chudoby

Výpočet vychází z určení *ekvivalentní velikosti domácnosti*, která vyjadřuje velikost domácnosti vzhledem k jejím spotřebním nárokům. Při výpočtu jsou zohledněny klesající jednotkové náklady na provoz domácnosti (tzv. úspory z rozsahu, které se realizují v případě, kdy jsou některé výdaje nezávislé na velikosti domácnosti - například nájemné). Ekvivalentní velikost domácnosti byla vypočtena jako počet členů domácnosti umocněný číslem 0,56. Pro každou domácnost byly dále vypočteny ekvivalentní výdaje za potraviny jako podíl celkových výdajů za potraviny a ekvivalentní velikosti domácnosti. Poté byla určena *hranice chudoby (poverty line)*, jako obvyklé ekvivalentní výdaje za potraviny (průměr ekvivalentních výdajů za potraviny v domácnostech, ve kterých se podíl výdajů za potraviny na celkových výdajích pohyboval v okolí mediánu). Pro každou domácnost se poté vypočetlo její *existenční minimum výdajů* jako součin hranice chudoby a ekvivalentní velikosti domácnosti. Za chudou domácnost byla považována taková, jejíž celkové výdaje nepokrývají existenční minimum výdajů.

Na základě znalosti údajů o velikosti a struktuře výdajů domácnosti a její velikosti byla v tomto šetření měřena chudoba. Z dat byla stanovena hranice chudoby pro jednočlennou domácnost částkou 3 053 Kč. V celém souboru byla identifikována necelá 3 % domácností pod hranicí chudoby, což je v relaci k údajům z jiných zdrojů a vypovídá o jejím relativně nízkém rozšíření v České republice. Charakteristiky těchto domácností nelze kvůli jejich malému počtu v našem souboru dost dobře popsat, a proto byly domácnosti rozděleny do pěti stejně početných skupin, tzv. kvintilových skupin, podle celkových ekvivalentních výdajů, které berou v úvahu spotřební náročnost různě velkých domácností. Průměrné ekvivalentní výdaje domácností činily 6 933 Kč. Domácnosti v nejnižší (první) skupině měly třikrát nižší ekvivalentní výdaje než domácnosti v nejvyšší (páté) skupině. Domácnosti s nejnižšími ekvivalentními výdaji byly větší a žily v nich častěji děti, živitel rodiny měl nižší vzdělání a domácnost žila častěji v malé obci.

### Životní standard domácností

Měření ekonomického statusu s sebou přináší i další problémy, které souvisejí s jeho konečnou vypovídací hodnotou a mezinárodní srovnatelností. Kromě výdajů lze použít i ukazatele běžných příjmů, které však podléhají větším výkyvům v čase. Proto byl navržen ukazatel stálého příjmu, který hodnotí životní standard domácnosti na základě vlastnictví zboží dlouhodobé spotřeby a přístupu k určitým službám. Vlastnictví tohoto zboží a služeb totiž lépe vyjadřuje dlouhodobější ekonomické postavení domácnosti.

V šetření se zjišťovaly údaje o počtu místností v bytě, ve kterém domácnost žije, počtu automobilů a televizorů, které má domácnost k dispozici. Dále byli respondenti dotazováni na využívání 17 položek zboží dlouhodobé spotřeby nebo speciálních služeb v domácnosti. Využity byly i otázky o charakteristice obydlí, přístupu k pitné vodě a hygienickému zařízení, způsobu a prostředcích pro vaření a vytápění. Některé údaje lze porovnat s údaji z výběrových šetření statistiky rodinných účtů.

### Metodický rámeček: Měření stálého příjmu

Ukazatel stálého (permanentního) příjmu je charakteristikou ekonomického statusu domácnosti, vyjadřujícího dlouhodobější ekonomické možnosti domácnosti. Vychází se z předpokladu, že ho nelze měřit přímo, ale že je to skrytá (latentní) proměnná. Měření jsou socio-demografické charakteristiky domácnosti, které stálý příjem determinují, vlastnictví zboží dlouhodobé spotřeby a přístup k určitým službám. Statistický model předpokládá rostoucí spotřebu uvedeného zboží a služeb s rostoucím příjmem (jde o tzv. „normální zboží“). Je konstruována škála, na které jsou jednotlivá zboží a služby seřazeny podle toho, jakou úroveň stálého příjmu představují. Na základě znalosti vlastnictví určitého zboží je pak každé domácnosti vypočtena její úroveň stálého příjmu. To znamená, že u domácností s vysokým stálým příjmem lze předpokládat s vysokou pravděpodobností vlastnictví většiny zboží a služeb. U domácností s nízkým stálým příjmem lze naopak předpokládat s vysokou pravděpodobností pouze vlastnictví zboží a služeb patřících na nejnižší stupínek životního standardu. Na základě hodnoty permanentního příjmu byly domácnosti rozděleny do pěti kvintilových skupin, kde první skupina vyjadřuje nízký ekonomický status a pátá skupina vysoký ekonomický status.

Podle výsledků připadalo na jeden byt 4,1 místnosti včetně kuchyně. Na jednu domácnost připadalo v průměru 0,8 automobilu a 1,4 televizoru, což odpovídá výsledkům oficiálních šetření ČSÚ. Přehled o vybavenosti domácností zbožím a službami dlouhodobé spotřeby ve výběrovém souboru ukazuje následující tabulka. Je z ní patrné, že nejrozšířenější je v domácnostech vlastnictví ledničky a vysavače a naopak nejméně rozšířené je využívání služeb domácího pomocníka (například zahradníka, kuchařky, uklízečky nebo řidiče).

### Procento domácností využívajících zboží nebo služby dlouhodobé spotřeby

lednička	99,7	předplatné časopisu nebo novin	34,5
vysavač	96,7	připojení z domova k internetu	22,0
automatická pračka	88,5	videokamera	15,0
jízdní kolo	78,2	druhé bydlení (např. chata)	14,4
mobilní telefon	72,4	myčka nádobí	14,2
pevná telefonní linka	67,0	DVD přehrávač	11,4
videorekordér	56,2	bezpečnostní systém v domě (např. alarm, bezpečnostní dveře, hlídač)	10,0
stereo souprava	44,8	domácnost zaměstnává cizí osobu	1,2
počítač	38,5		

V nejnižší (první) kvintilové skupině stálého příjmu se vyskytovaly častěji jednočlenné domácnosti se starším živatelem, kterým byla častěji žena. Relativně vysoký podíl jednočlenných domácností byl také v nejvyšší příjmové skupině. Vyšší podíl dětí do 15 let se vyskytoval v domácnostech patřících do druhé až čtvrté skupiny stálého příjmu. Vyšší stálý příjem byl častější v domácnostech s mužem živatelem, vyšším vzděláním a nižším věkem živatele rodiny, a pokud v domácnosti nebyly děti nebo starší osoby. Mezi ukazateli ekvivalentních výdajů a permanentního příjmu existuje statisticky významná ale nepříliš silná závislost.

## 2.3 Sociální kapitál

Zdraví je považováno nejen za hodnotu individuální, ale zároveň za hodnotu společenskou. Sociální prostředí vytváří podmínky pro život, a tedy i pro zdraví každého člověka. Tyto podmínky jsou určovány rodinnými a komunitními vazbami, kontakty v zaměstnání, zapojením se do občanské společnosti či komunikací s veřejnými institucemi. Úroveň těchto sociálních podmínek k životu bývá souhrnně nazývána sociálním kapitálem. Některé výzkumy již poukázaly na vztah mezi nízkou úrovní sociálního kapitálu a vyšší úmrtností i nemocností. Fungující sociální systémy by měly lépe podporovat vzdělání a povědomí o zdraví, nabízet lepší přístup ke zdravotnickým službám a umožňovat snazší prosazování sociálních norem, které mají dopad na veřejné zdraví.

Do Světového šetření o zdraví byly zařazeny otázky týkající se zapojení občanů do rozhodování o věcech veřejných, názorů na činnost veřejné správy, fungování základních demokratických principů a také zajištění bezpečnosti občanů.

### Účast na veřejném životě a hodnocení činnosti veřejných institucí

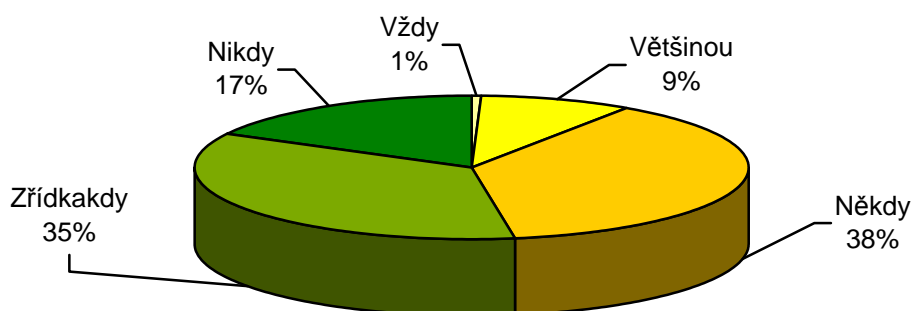
Jedním z aspektů sociálního kapitálu je možnost podílet se na rozhodování veřejných záležitostí, které je v demokratických zřízeních zajištěno prostřednictvím volených zástupců působících v různých veřejných institucích. Možnost účastnit se voleb bývá realizována jako právo nikoliv jako povinnost, takže určitá část občanů této možnosti nevyužívá. Příčiny tohoto jevu mohou být různé, například nedůvěra v ovlivnění veřejného života prostřednictvím těchto volených zástupců.

Účast v posledních volbách uvedlo 69 % respondentů, což je více než by odpovídalo skutečné účasti v posledních parlamentních nebo místních volbách. Z toho lze zřejmě usoudit na souvislost mezi obecným zájmem lidí o veřejný život a ochotou k účasti na výběrových šetřeních (alespoň těch se sociální tematikou). Mezi muži a ženami nebyly ve volební účasti patrné rozdíly. Volební účast byla vyšší u osob nad 50 let. Menší účast v posledních volbách uvedli respondenti manuálně pracující a nezaměstnaní, tedy ekonomicky aktivní lidé častěji spadající do sociální záchranné sítě. Častější účast ve volbách uvedli obyvatelé z nejmenších obcí a lidé alespoň s maturitou.

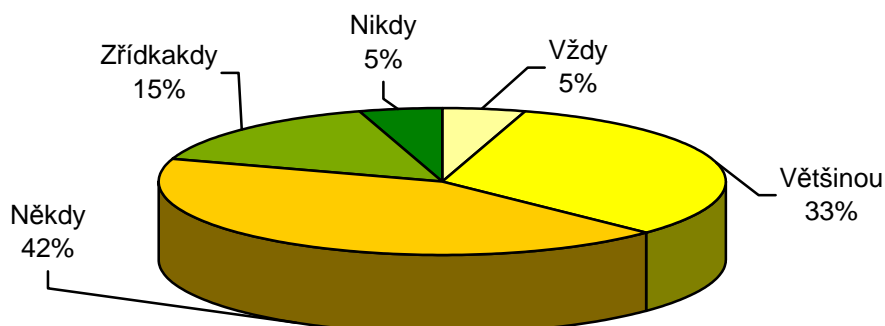
Další dvě otázky se týkaly důvěry, jakou měli občané k činnosti vlády a místních úřadů. Pouze 10 % respondentů mělo vždy nebo většinou důvěru k činnosti vlády a 37 %

důvěřovalo vždy nebo většinou místním úřadům. Naopak vůbec vládě nedůvěřovalo 17 % a místním úřadům 5 % respondentů. Mezi muži a ženami nebyly patrné v hodnocení důvěry žádné rozdíly. Větší důvěru v místní úřady měli nejstarší občané, u důvěry vládě takové rozdíly zjištěny nebyly. Důvěra v místní úřady klesala s velikostí obce, což nebylo zaznamenáno u centrální vlády. Respondenti s vyšším vzděláním důvěřovali vládě více, u místních úřadů nehrálo vzdělání žádnou roli. Hůře hodnotili působení vlády nezaměstnaní a manuálně pracující.

### Důvěra občanů v činnost veřejných institucí Jak moc můžete důvěřovat vládě?



### Jak moc můžete důvěřovat místním úřadům?

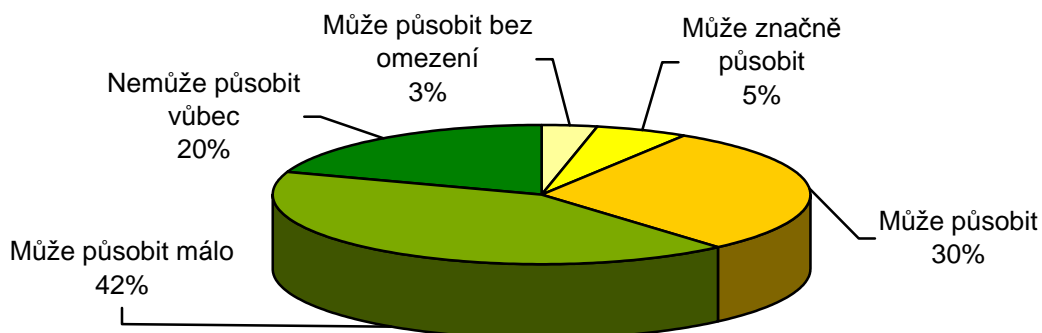


## Fungování demokratických principů

V tomto šetření byly rovněž sledovány podmínky demokratického fungování společnosti, a to možnosti občanů působit na úřady a svobodně vyjadřovat své názory.

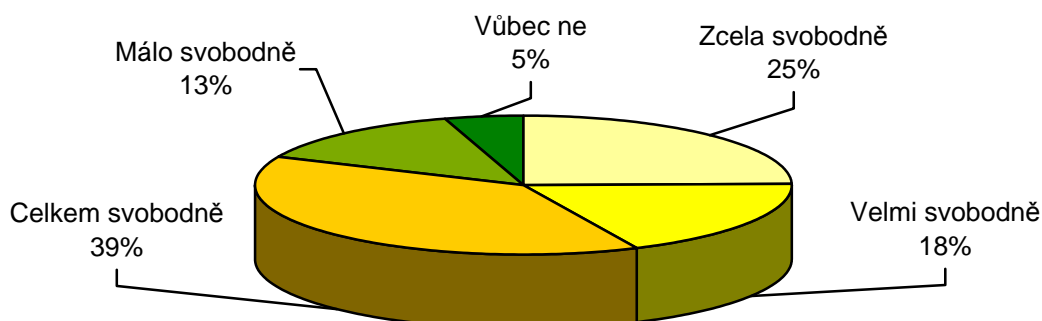
Hodnocení vlivu občanů na činnost úřadů, tedy možnost působit na ně, aby se zabývaly jejich záležitostmi nebylo mezi muži a ženami odlišné. Nejstarším respondentům se zdálo, že mají na činnost úřadů menší vliv, přestože uváděli častější účast ve volbách. S rostoucí velikostí obce klesalo přesvědčení respondentů o možnosti ovlivňovat chod úřadů, což by mohlo souviset s užšími vztahy mezi občany a úřady v menších sídlech. Vliv vzdělání nebyl z výsledků příliš patrný, o něco hůře hodnotili své postavení vzhledem k úřadům lidé se základním vzděláním.

**Možnost občanů působit na úřady, aby se zabývaly jejich záležitostmi**



Překvapivé výsledky přineslo vyhodnocení otázky na možnost svobodného vyjadřování, kde základním diferenciačním faktorem bylo pohlaví. Ženy totiž považovaly úroveň svobody slova u nás za nižší než muži. Při vyhodnocení nebylo přihlédnuto k subjektivním očekáváním, což by mohl být jeden z důvodů zjištěného rozdílu. Podle věku nebyly nalezeny žádné rozdíly. Pohlaví hrálo důležitou roli při posuzování svobody projevu i ve vztahu k velikosti obce. Největší rozdíl byl mezi muži a ženami v nejmenších obcích. V těchto obcích hodnotily ženy svobodu projevu mírně hůře než ženy žijící v ostatních obcích, naproti tomu muži ji hodnotili mírně lépe než muži v ostatních obcích. Ženy alespoň s maturitou a muži alespoň s vyučením hodnotili svobodu projevu lépe.

**Možnost občanů svobodně vyjadřovat své názory, aniž by se museli obávat postihu**



**Bezpečnost občanů**

Ohrožení bezpečnosti obyvatel souvisí se zdravím jednak přímo, neboť při násilných činech dochází k poškození lidského organismu, tak i nepřímo, neboť je samo důležitým faktorem působícím na celkovou psychickou pohodu. Svědkem nebo obětí zločinu, jako například přepadení nebo krádeže, bylo 7 % respondentů nebo někdo z jejich rodiny. Tato zkušenost mírně rostla s velikostí obce, v nejmenších obcích byla 4 %, v největších 10 % a vůbec nejvyšší byla zaznamenána s 15 % v Praze. Dvěma otázkami se zjišťoval pocit bezpečí před zločinem a násilím doma a venku po setmění. Podle očekávání se ženy cítily méně bezpečné doma (25 % z nich) i venku (59 % z nich). Pocit bezpečí doma klesal s věkem, mimo domov byl horší pouze u osob nad 60 let. Občané v největších městech se cítili více ohroženi doma i venku.

### 3. LIDÉ A ZDRAVOTNICKÝ SYSTÉM

- Jaký je rozsah zdravotních potřeb a poskytování zdravotní péče v domácnostech?
- Na jaké zdravotnické služby a kolik si připlácíme?
- Kolik je u nás domácností ohrožených neúnosnými výdaji na zdraví?
- Měl by zdravotnický systém kromě zlepšování zdraví naplňovat i jiné cíle?

#### 3.1 Lidské zdroje ve zdravotnictví

Zdravotní péče je poskytována zdravotnickými pracovníky ve zdravotnických nebo sociálních zařízeních, ale také osobami v domácnostech pečujícími o rodinné příslušníky nebo jiné osoby. K vytvoření celkové představy o možnostech a potřebách zdravotní péče je nutné sledovat údaje o obou těchto „odvětvích“.

##### Pracovníci ve zdravotnictví

Vyhodnocení výsledků dotazování by mělo přinést údaje o počtu, struktuře a náplni práce osob se zdravotnickým vzděláním nebo pracujících ve zdravotnictví, a to zejména v těch zemích, ve kterých nejsou tyto údaje zjišťovány vůbec nebo jen v omezeném rozsahu. Jedním z cílů by mělo také být posouzení situace domácností, ve kterých žijí zdravotničtí pracovníci, a to ve vztahu k úrovni zdraví a přístupu ke zdravotní péči. Za pracovníka ve zdravotnictví byla označena každá osoba, která pracuje, pracovala nebo byla vyškolená pro práci ve zdravotnictví. Zahrnuty sem byly zdravotnické i nezdravotnické profese.

Mezi pracovníky ve zdravotnictví patřilo v našem souboru 104 osob z 96 domácností. Pracovník ve zdravotnictví byl tedy v každé desáté domácnosti. V České republice připadalo podle údajů ÚZIS ČR v roce 2002 na 100 obyvatel 2,4 pracovníků ve zdravotnictví. Pokud vezmeme všechny osoby považované v tomto šetření za pracovníky ve zdravotnictví, připadalo jich na 100 osob 3,8. Pokud z nich uvažujeme pouze ty osoby, které pracovaly v posledních 12 měsících, bylo jich 1,8. Struktura zdravotnických pracovníků v souboru se tedy blíží struktuře v celé České republice.

##### Struktura pracovníků ve zdravotnictví podle zaměstnání (v %)

Zaměstnání	Během posledního roku:		WHS celkem	ČR * celkem
	pracoval	nepracoval		
Lékař nebo farmaceut	20,0	12,5	16,7	18,9
Zdravotní sestra	28,0	40,0	33,3	35,6
Jiný zdravotnický pracovník	34,0	27,5	31,1	24,8
Jiný nezdravotnický pracovník	18,0	20,0	18,9	20,7
<b>Celkem</b>	100,0	100,0	100,0	100,0

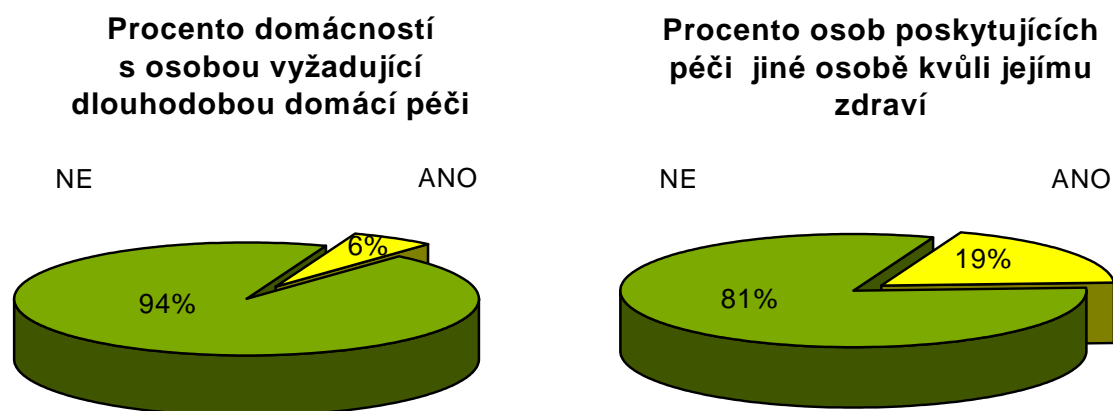
\* Zdroj: Výkazy o pracovnících (ÚZIS ČR) - stav k 31.12.2002.

### Potřeba a poskytování péče v domácnostech

Domácnosti nejsou zanedbatelným poskytovatelem zdravotní péče, zejména v kombinaci s další osobní péčí. Proto bylo snahou získat přehled o osobách vyžadujících dlouhodobou péči, které byly v době šetření v ústavní péči, nebo o které se starala domácnost, v níž žily.

V necelém 1 % domácností byla osoba, která byla kvůli svému zdravotnímu stavu v zařízení ústavní péče (v nemocnici, léčebně, domově důchodců, hospici apod.). V 6 % domácností byla osoba, která potřebovala dlouhodobou péči kvůli fyzické nebo duševní chorobě či nezpůsobilosti, nebo kvůli stáří a oslabení. Z toho muselo být stále pod dohledem 29,6 % osob, 20,4 % osob nemohlo být bez pomoci (bez dohledu mohly být nejvýše jednu hodinu), 25,9 % mohlo být samo po několik hodin (když opouštějí dům, potřebují doprovod) a 24,1 % osob potřebovalo doma jen trochu péče (při opouštění domu potřebují někdy doprovod).

Respondenti měli dále uvést, zda oni osobně poskytovali pomoc příbuznému nebo známému kvůli jeho/její dlouhotrvající nemoci, nesoběstačnosti, kvůli stáří nebo oslabení. Takovou pomoc uvedlo celkem 19 % osob, přičemž z jedné třetiny se jednalo o pomoc osobě ve vlastní domácnosti a ze dvou třetin o pomoc osobě v jiné domácnosti. Pomoc se týkala ve 49 % případů osobní péče, v 37 % případů léčby či ošetření (jako například výměny obvazů a podávání léků), v 77 % případů domácích prací, v 33 % případů šlo o dohled nad osobou a v 62 % případů o doprovod mimo domov.



### 3.2 Financování zdravotnictví

Podíl výdajů na zdraví na celkových výdajích je u většiny států velmi významný a nadále se zvyšuje. Úlohou zdravotnických systémů je, kromě jiného, zajistit, aby financování zdravotnických služeb bylo únosné a spravedlivé pro všechny skupiny obyvatel. Důležité je vědět, za jaké zdravotnické služby domácnosti platí, jak tyto platby ovlivňují finanční situaci domácností, a jestli a jaké domácnosti jsou ohroženy neúnosnými (nebo také katastrofickými) výdaji na zdraví. Výdaje na zdraví mohou chudobu nejen dále prohlubovat, ale mohou do ní i část domácností přímo uvrhnout. Již dříve byly

identifikovány tři hlavní faktory související s hrozbou nepřiměřeného rizika spojeného se zdravotními výdaji: nedostatek předplacených mechanismů (jakým je zdravotní pojištění), dostupnost zdravotnických služeb vyžadující přímé platby a nízká platební schopnost obyvatel.

### Zdravotní pojištění

Významným faktorem určujícím fungování zdravotnictví je způsob jeho financování, které je nejčastěji zajišťováno ze zdravotního pojištění. Zdravotní pojištění ovlivňuje přístup ke zdravotní péči, chrání domácnosti v případě potřeby před neúnosnými výdaji za zdravotní péči a také určuje cenu a druh poskytované zdravotní péče.

Problém při zjišťování pokrytí zdravotním pojištěním může činit definice zdravotního pojištění. Za zdravotní pojištění bylo v tomto šetření považováno takové pojištění, ze kterého jsou pojištěnému hrazeny náklady přímo související s poskytnutou zdravotní péčí. Vyloučeno bylo pojištění pokrývající ztrátu ušlého příjmu během léčby (nemocenské pojištění), následky změny zdravotního stavu v důsledku úrazu (úrazové pojištění), újmu vzniklou propuknutím choroby (pojištění vážných chorob) nebo pojištění života (životní pojištění).

U každé osoby v domácnosti respondenta se zjišťovalo, zda má zdravotní pojištění a pokud ano, zda se jedná o povinné či dobrovolné zdravotní pojištění (u dobrovolného pojištění byla sledována i výše ročního pojistného) a zda je pojištění dané osoby vázáno na jiného člena domácnosti. Analýza vztahu mezi zdravotním pojištěním a zdravotními faktory je v České republice limitována existencí povinného veřejného zdravotního pojištění a téměř neexistujícím soukromým připojištěním. Výsledky budou tudíž využitelné převážně pro mezinárodní srovnání.

Rozdělení osob v domácnostech respondentů podle zdravotní pojišťovny odpovídalo údajům za celou Českou republiku (u 5 % osob nebyla zdravotní pojišťovna zjištěna). Souhlasila i skutečnost, že osoby starší jsou častěji pojištěnci Všeobecné zdravotní pojišťovny (VZP) než ostatních zdravotních pojišťoven.

#### Struktura populace podle příslušnosti ke zdravotní pojišťovně (v %)

Zdravotní pojišťovna	WHS			ČR *
	muži	ženy	celkem	celkem
Všeobecná zdravotní pojišťovna	66,8	67,7	67,3	67,2
Ostatní zdravotní pojišťovny	33,2	32,3	32,7	32,8
<b>Celkem</b>	100,0	100,0	100,0	100,0

\* Zdroj: Výroční zpráva VZP za rok 2002.

Problém činilo respondentům odpovídat na otázky ohledně dobrovolného (soukromého) zdravotního pojištění (u 9 % osob nebyla zaznamenána žádná odpověď). Podle výsledků by 3 % osob měla mít soukromé zdravotní pojištění, ale u většiny se nejspíš jednalo o některý z výše uvedených, příbuzných druhů pojištění.



## Přímé výdaje na zdraví

Přímé výdaje (platby) na zdraví představují peněžní částky, které domácnosti platí přímo poskytovatelům zdravotní péče (nejčastěji v hotovosti). V šetření se zjišťovaly údaje o výdajích za zdravotnické služby v členění na lůžkovou a ambulantní péči, péči lidových léčitelů, výdaje u zubního lékaře, za léky a zdravotní pomůcky, diagnostické a laboratorní testy a ostatní zdravotnické produkty či služby. Dále se zjišťoval počet pobytů všech osob v domácnosti v lůžkovém zařízení za poslední rok a výdaje s těmito pobyty spojené. Nakonec měli respondenti uvést, jaké celkové finanční zdroje použila jejich domácnost v uplynulém roce na úhradu zdravotní péče.

Na celkových finančních prostředcích plynoucích do zdravotnictví se dle oficiálních statistik ČSÚ podílejí domácnosti formou přímých plateb necelou desetinou. Tyto platby se týkají především nákupu léků a zdravotních pomůcek. Podíl výdajů na zdraví na celkových výdajích domácností představoval v tomto šetření v průměru 4,3 %. Tento podíl byl vyšší zejména v domácnostech s osobou starší než 65 let a v domácnostech s osobou vyžadující dlouhodobou péči. Výdaje spojené se zdravím měly téměř 3/4 domácností. V průměru zaplatila každá domácnost za zdravotní péči 550 Kč, což je více než se uvádí ve statistice rodinných účtů. Více utratily domácnosti, které měly vyšší i ostatní výdaje a domácnosti s více staršími osobami a tudíž častěji i ty, kde někdo z domácnosti vyžadoval dlouhodobou péči. Každá sedmá domácnost vydala měsíčně na zdraví 1 000 Kč nebo více.

Jak je patrné z tabulky, téměř 2/3 domácností platily za poslední měsíc za léky a téměř 10 % domácností platilo za zdravotní pomůcky nebo u zubního lékaře. Průměrná domácnost vydávala za léky téměř polovinu výdajů na zdraví, za zdravotní pomůcky i u zubního lékaře kolem jedné pětiny výdajů na zdraví. Pokud chceme zjistit, za jakou péči se platí nejvyšší částky, musíme vyloučit domácnosti, které za určitou péči žádné peníze neplatily. Potom můžeme říci, že domácnosti platící za zdraví vydávaly nejvyšší částky u zubaře a za zdravotní pomůcky. Domácnosti se staršími osobami a s osobou vyžadující dlouhodobou péči měly vyšší výdaje na léky a zdravotní pomůcky. Domácnosti s nejvyššími výdaji měly vyšší výdaje za zubaře a zdravotní pomůcky. V jedné čtvrtině domácností byl někdo během posledního roku hospitalizován. Z nich 8 % mělo v souvislosti s těmito hospitalizacemi nějaké výdaje (nevíme však, jakých služeb se tyto výdaje týkaly).

## Složení výdajů domácností na zdraví za poslední měsíc

Druh péče	Domácnosti placící za péči %	Výdaje na 1 domácnost Kč	Výdaje na 1 osobu Kč	Průměrně placená částka Kč
Lůžková péče	0,8	<10	<10	883
Ambulantní péče	0,4	<10	<10	183
Lidový léčitel	1,0	<10	<10	506
Zubní péče	9,3	115	41	1 244
Léky	64,2	250	88	389
Zdravotní pomůcky	8,5	123	43	1 446
Zdravotní testy	0,3	<10	<10	250
Ostatní péče	6,0	48	17	801
<b>Celkem</b>	<b>71,1</b>	<b>550</b>	<b>193</b>	<b>773</b>

## Ohrožení domácností katastrofickými výdaji na zdraví

Pokud tvoří přímé platby občanů významnou část financování zdravotní péče, může to pro určité příjmové skupiny domácností představovat nadměrné riziko ohrožení jejich finanční stability. V této části se zaměříme na identifikaci domácností, které mohou být kvůli svým výdajům na zdraví uvrženy do chudoby (tzv. zbídačená domácnost) a domácností ohrožených neúnosnými (katastrofickými) výdaji na zdraví. Sociální systémy by se měly posuzováním rizika plynoucího ze zdravotních výdajů zabývat a zajistit spravedlivé rozložení finančního břemene.

**Metodický rámeček: Měření katastrofických výdajů na zdraví**

Domácnost uvržená do chudoby nebo také *zbídačená domácnost (impoverished household)* byla definována jako domácnost, která není chudá, ale stává se chudou po zaplacení svých výdajů na zdraví. Dále byla definována *platební schopnost domácnosti (household's capacity to pay)* jako „faktický příjem domácnosti“, tj. příjem po odečtení existenčního minima (v případě, že toto minimum je vyšší než výdaje domácnosti za potraviny, pak odečtením výdajů za potraviny). Jako *domácnost ohrožená katastrofickými výdaji* byla označena taková, jejíž podíl výdajů na zdraví na platební schopnosti tvořil přinejmenším 40 %.

Ve výběrovém souboru se téměř nevyskytovaly domácnosti, které by byly kvůli svým výdajům uvrženy do chudoby. Platební schopnost domácnosti představovala v průměru 2/3 celkových výdajů a podíl zdravotních výdajů na platební schopnosti činil necelých 8 %. Kritérium ohrožení katastrofickými výdaji na zdraví splňovala 3 % domácností. Tyto domácnosti měly vysoké výdaje na zdraví i v poměru k celkovým výdajům a při placení čerpaly více z ostatních finančních zdrojů než jen ze svého běžného příjmu.

## Skupiny domácností a výdaje na zdraví

Skupina domácností	Celkové výdaje domácnosti na jednu osobu	Výdaje domácnosti na zdraví	Podíl výdajů na zdraví na celkových výdajích	Podíl domácností platících za péči
	Kč	Kč	%	%
<b>Domácnost patří mezi 20 % domácností s nejvyššími ekvivalentními výdaji:</b>				
ano	8 345	1 252	5,7	78,5
ne	3 871	377	3,9	69,3
<b>V domácnosti žije alespoň jedna osoba ve věku 65 let nebo více:</b>				
ano	4 691	605	6,0	82,8
ne	4 788	526	3,5	66,0
<b>V domácnosti byl někdo během posledního roku hospitalizován:</b>				
ano	4 504	774	5,9	81,9
ne	4 863	469	3,7	67,1
<b>Domácnost byla vystavena katastrofickým výdajům na zdraví:</b>				
ano	5 767	4 747	34,3	100,0
ne	4 728	425	3,4	70,3
<b>Všechny domácnosti</b>	<b>4 758</b>	<b>550</b>	<b>4,3</b>	<b>71,1</b>

Hlubší statistickou analýzu chudých nebo zdravotními výdaji ohrožených domácností nešlo kvůli jejich nízkému počtu v souboru provést. Výsledky pouze ukazují na potenciální skupiny domácností, které jsou citlivější na zdravotní výdaje a mohou být v souvislosti s nimi ohroženější. Jednak to mohou být domácnosti, ve kterých existují vyšší zdravotní rizika, tedy domácnosti se staršími osobami, s osobami vyžadujícími dlouhodobou péči a domácnostmi s osobami, které byly hospitalizovány. Identifikace ohrožených domácností podle ekonomického statusu nemusí být vůbec jednoznačná. Takovými domácnostmi by mohly být jak ty s nižším ekonomickým statusem, u kterých znamenají jakékoliv další výdaje značnou zátěž, ale na druhé straně také domácnosti s vyšším statusem, neboť u nich jsou zdravotní výdaje vysoké nejen absolutně, ale i vzhledem k celkovým výdajům. Z uvedeného je zřejmé, že při systémových změnách financování zdravotnictví je třeba přihlížet k dopadům, které tato opatření mohou mít na všechny skupiny obyvatel.

Výsledky provedené analýzy potvrzují, že současný zdravotnický systém celkem dobře ochraňuje občany před nepřiměřenými výdaji na zdraví. Reálná situace může být nepatrně horší, neboť lze předpokládat, že se do našeho výběru nedostaly častěji právě domácnosti problematické z hlediska ekonomického postavení a tím i výdajů na zdraví.

### 3.3 Cíle zdravotnického systému

Zdravotní politika, deklarovaná v programových prohlášeních vlády, návrzích reforem a koncepcích zdravotnictví, by měla vytyčovat základní cíle, které má zdravotnický systém plnit. Tyto cíle mají pak být prosazovány, sledovány a hodnocena úspěšnost jejich dosahování. Tím nejdůležitějším cílem je bezpochyby zlepšování zdraví obyvatel, který je naplňován poskytováním zdravotnických služeb. Při těchto činnostech dochází k prolínání s některými ostatními sociálními cíli, jakými jsou například podpora vzdělanosti, zajištění sociální spravedlnosti nebo dodržování lidských práv. I tyto cíle mohou být zahrnuty do celkového hodnocení zdravotnického systému. Světová zdravotnická organizace navrhuje uvažovat a sama hodnotí v rámci zdravotnického systému tři základní cíle:

- I. **Zlepšování zdraví populace.** To znamená prodlužování délky života a snižování nemocnosti za podmínek, kdy všichni lidé mají stejné šance být zdraví.
- II. **Zlepšování vstřícnosti zdravotnického systému.** Vstřícný systém zajišťuje důstojné zacházení s pacienty, důvěrnost osobních údajů, snadný a rychlý přístup ke zdravotní péči, možnost výběru poskytovatele péče, zapojení do rozhodování o léčbě, čisté prostředí a dostatek prostoru, kontakt s rodinou a přáteli v průběhu léčby a srozumitelnou komunikaci se zdravotnickým personálem. Zdravotnický systém by měl být stejně vstřícný ke všem lidem, bez ohledu na jejich majetek, sociální postavení, pohlaví, věk nebo náboženské či jiné vyznání.
- III. **Spravedlivé finanční zatížení.** Každá domácnost by měla platit spravedlivou částku do zdravotnického systému na financování zdravotnických služeb. To znamená, že zdraví lidé by se měli podílet na nákladech na služby pro nemocné a bohatí lidé by měli přispívat do systému více než chudí, bez ohledu na svou spotřebu.

Úroveň dosaženého zdraví a úroveň vstřícnosti vyjadřují *kvalitu* zdravotnického systému. Nerovnosti ve zdraví, nerovnosti ve vstřícnosti a nerovnosti finančního zatížení se vztahují k jeho *spravedlnosti*. Na základě tří základních cílů, s ohledem na kvalitu a spravedlnost, bylo definováno pět ukazatelů charakterizujících výstupy zdravotnického systému: kvalita zdraví, spravedlnost ve zdraví, kvalita vstřícnosti, spravedlnost ve vstřícnosti a spravedlivé financování.

Při tvorbě zdravotní politiky, která by měla vycházet z potřeb lidí a reflektovat jejich mínění, je vhodné mít představu o tom, jaké cíle by podle nich mělo zdravotnictví plnit a jak jsou pro ně důležité. Ve Světovém šetření o zdraví byli respondenti dotazováni na důležitost jednotlivých cílů zdravotnictví, a to z hlediska kvality i spravedlnosti. Jejich úkolem bylo seřadit cíle od nejvíce po nejméně důležitý.

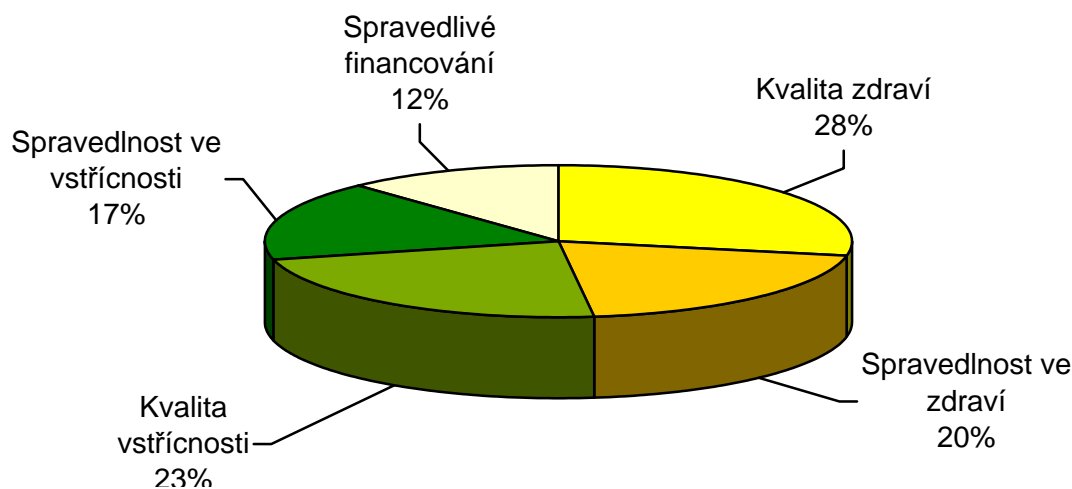
Podle výsledků zařazovali respondenti v 59 %, nejčastěji a podle očekávání, na nejdůležitější místo kvalitu zdraví. Za nejméně důležitý cíl bylo považováno 59 % respondentů spravedlivé financování. Současně uvedlo na prvním místě důležitosti kvalitu zdraví a na posledním místě spravedlivé financování 36 % respondentů. Nejčastější pořadí cílů u 12 % respondentů bylo následující: kvalita zdraví, spravedlnost ve zdraví, kvalita vstřícnosti, spravedlnost ve vstřícnosti a spravedlivé financování. Druhé nejčastější

pořadí u 10 % respondentů bylo: kvalita zdraví, kvalita vstřícnosti, spravedlnost ve zdraví, spravedlnost ve vstřícnosti a spravedlivé financování. Celkové pořadí cílů by podle obyvatel České republiky bylo následující: 1. kvalita zdraví, 2. kvalita vstřícnosti, 3. spravedlnost ve zdraví, 4. spravedlnost ve vstřícnosti a 5. spravedlivé financování. Pokud bychom posuzovali pouze preference mezi kvalitou a spravedlností, potom 78 % obyvatel preferovalo zlepšování kvality nad zlepšováním spravedlnosti. Pořadí důležitosti cílů zdravotnictví se mezi různými skupinami osob nijak zásadně nelišilo.

**Důležitost jednotlivých cílů zdravotnictví**

Cíl zdravotnictví	Rozdělení důležitosti cílů podle pořadí v %					Pořadí důležitosti
	nejvíce důležitý	druhý v pořadí	třetí v pořadí	čtvrtý v pořadí	nejméně důležitý	
Kvalita zdraví	58,9	14,7	9,0	11,7	5,8	1
Spravedlnost ve zdraví	11,1	28,1	25,9	23,3	11,6	3
Kvalita vstřícnosti	21,3	30,0	27,2	15,7	5,8	2
Spravedlnost ve vstřícnosti	5,2	16,7	25,8	34,0	18,4	4
Spravedlivé financování	3,5	10,5	12,1	15,3	58,6	5

**Relativní důležitost jednotlivých cílů zdravotnictví**



## 4. ŽIVOTNÍ STYL A PROSTŘEDÍ

- Dbají o své zdraví více ženy nebo muži?
- Jsme opravdu národem lenošících bumbříčků?
- Jaké jsou nejčastější prohřešky proti správné životosprávě?

Cílem zdravotnických systémů je především zlepšování zdraví populace. To zahrnuje nejen léčbu, ale i prevenci, tedy aktivní předcházení negativním důsledkům nemocí nebo zhoršenému zdravotnímu stavu. K provádění prevence je třeba mít přehled o zdravotních rizicích, jak jsou tato rizika v populaci rozšířena a jaká opatření lze realizovat k jejich eliminaci. Na zdraví člověka má pozitivní či negativní vliv mnoho nejrůznějších faktorů sociálních, kulturních, ekonomických, environmentálních, behaviorálních, biologických i jiných, jejichž účinky se mohou vzájemně eliminovat nebo naopak posilovat. Rizikové faktory zdraví jsou takové atributy, charakteristiky nebo vlivy, které zvyšují pravděpodobnost vzniku onemocnění. Monitorování jejich výskytu v současnosti je vhodné k získání představy o budoucím zdraví populace. Efekt přijatých opatření na zdraví se projeví se zpožděním, a je proto možné ho hodnotit až s časovým odstupem.

Ve Světovém šetření o zdraví bylo zjišťování zaměřeno na rizikové faktory životního stylu a životního prostředí. Doplněno bylo zjišťováním dalších rizikových faktorů, například sexuálního chování nebo stresu. Při výběru rizikových faktorů bylo sledováno naplnění kritéria vysokého dopadu faktoru na nemocnost a úmrtnost u nepřenositelných onemocnění, jeho rozšíření může být ovlivňováno účinnou primární prevencí a může být spolehlivě zjišťován a přinášet co možná nejplatnější výsledky. Do šetření byly zahrnuty otázky na rozšíření třech skupin rizikových faktorů zdraví: *stravovací a pohybové návyky* (nadváha, nedostatečný přísun ovoce a zeleniny, nedostatek pohybu), *užívání škodlivých návykových látek* (pravidelné kouření tabákových výrobků, nadměrné pití alkoholu) a *rizikové faktory životního prostředí* (špatná dostupnost pitné vody a hygienického zařízení, znečištění vzduchu spalováním pevných paliv v domácnosti).

### 4.1 Stravovací a pohybové návyky

Ekonomické a sociální změny ve společnosti s sebou přinášejí i změnu životního stylu. Vyšší konzumace energeticky bohaté stravy v protikladu ke snižující se tělesné aktivitě se podílejí na šíření nadváhy a obezity v populaci, což má významné negativní dopady na zdravotní stav.

#### Tělesná hmotnost

Nadváha nebo obezita, způsobená ukládáním nadměrného množství tuku v těle, je nejen u nás, bezpochyby jedním z nejrozšířenějších a bohužel nadále rostoucím zdravotním rizikem. Vede k metabolickým poruchám projevujících se zvýšeným krevním tlakem a hladinou tuků v krvi, které pak společně působí jako významné rizikové faktory,

zejména při vzniku chorob srdce a cukrovky druhého typu, ale i dalších závažných onemocnění.

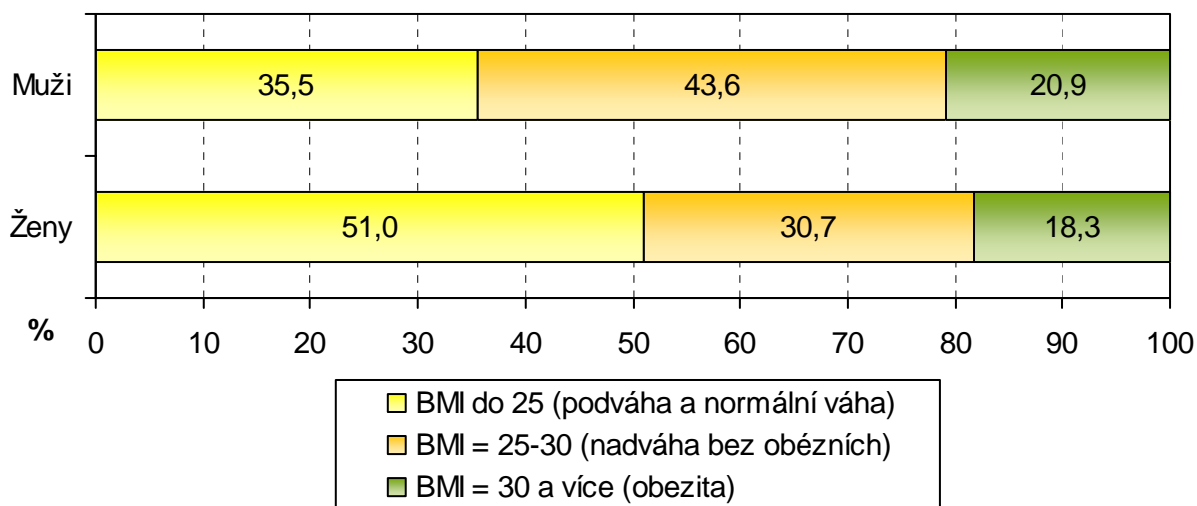
**Metodický rámeček: Měření tělesné hmotnosti**

Výskyt nadváhy a obezity bývá nejčastěji určován pomocí indexu tělesné hmotnosti (*Body Mass Index*), který je silně korelován s množstvím tělesného tuku. Tento index se spočte jako podíl hmotnosti v kilogramech a druhé mocniny výšky v metrech. Do rizikové skupiny „nadváha“ spadají osoby s hodnotou BMI větší nebo rovno 25 a do skupiny „obezita“ osoby s hodnotou tohoto indexu větší nebo rovno 30 kg/m<sup>2</sup>.

Podle výsledků byla průměrná výška mužů 177,5 cm a žen 165,3 cm, průměrná hmotnost mužů 84,3 kg a žen 69,2 kg. Index tělesné hmotnosti dosahoval v průměru hodnoty 26,8 kg/m<sup>2</sup> u mužů a 25,4 kg/m<sup>2</sup> u žen. Hodnoty u mužů byly ve všech ukazatelích statisticky významně vyšší než u žen. U obou pohlaví bylo patrné zvyšování BMI spolu s věkem, které se zastavilo okolo 60 let věku.

Nadváhu u nás mají asi dvě třetiny mužů a polovina žen. Obezita byla zjištěna u zhruba jedné pětiny mužů i žen. Podíl osob s nadváhou i obezitou se s věkem zvyšoval až k věku okolo 60 let a v nejvyšších věkových skupinách opět klesal. Poloviční podíl obézních osob byl zjištěn ve velkých městech (nad 50 000 obyvatel). Méně osob s nadváhou bylo opět ve velkých městech (zejména u žen). Podíl obézních žen nebo žen s nadváhou klesal s rostoucím vzděláním. U mužů nebyla tato závislost jasně patrná.

**Index tělesné hmotnosti (BMI) u dospělé populace**



## Výživa

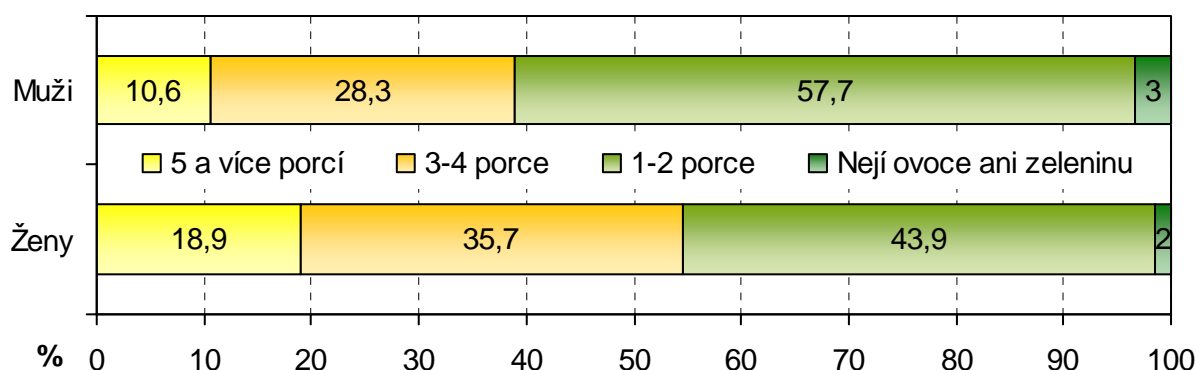
Ačkoliv se doporučení ohledně správné výživy stále mění, jsou známy potraviny se spíše negativními a na druhé straně potraviny se spíše pozitivními účinky na zdraví. Do tohoto šetření byly vybrány otázky na zjišťování konzumace ovoce a zeleniny. Jejich dostatečným přísunem lze předcházet kardiovaskulárním onemocněním a některým druhům rakoviny, zejména trávicího ústrojí. Jsou zdrojem vitaminů, minerálů, vlákniny a dalších důležitých látek.

### Metodický rámeček: Měření výživových zvyklostí

V dotazníku se dvěma otázkami zjišťovalo, kolik porcí ovoce, resp. zeleniny respondent sní v jednom typickém dni. Jedné porci odpovídá například 1 středně velký banán, půl sklenky přírodního ovocného džusu nebo půl misky okurkového salátu. Vyloučeny měly být brambory. Za dostatečnou denní dávku bylo považováno pět porcí ovoce nebo zeleniny a více.

Z výsledků vyplývá, že devět mužů a osm žen z deseti konzumovalo nedostatečné množství ovoce a zeleniny. Nejvíce osob s dostatečnou konzumací ovoce a zeleniny bylo mezi respondenty do 30 let. Rozdíly mezi muži a ženami byly patrné zejména ve věkové skupině 30–59 let. Asi 2 % respondentů uvedla, že obvykle nekonzumují žádné ovoce ani zeleninu. Nejčastěji respondenti uváděli přísun jedné porce ovoce a jedné porce zeleniny denně. Na každého dospělého v průměru připadaly 3,1 porce ovoce a zeleniny na den (1,8 porcí ovoce a 1,3 porce zeleniny). Mezi různými socio-ekonomickými skupinami se nepodařilo prokázat rozdíly v nedostatečné konzumaci ovoce a zeleniny. Výsledky pouze naznačují, že nejlépe se stravující by mohly být nejvíce vzdělané ženy z velkých měst. Osoby se základním vzděláním konzumovaly v průměru méně porcí ovoce.

**Výživové zvyklosti dospělé populace  
(počet porcí ovoce a zeleniny konzumovaných v jednom dni)**





### Fyzická aktivita

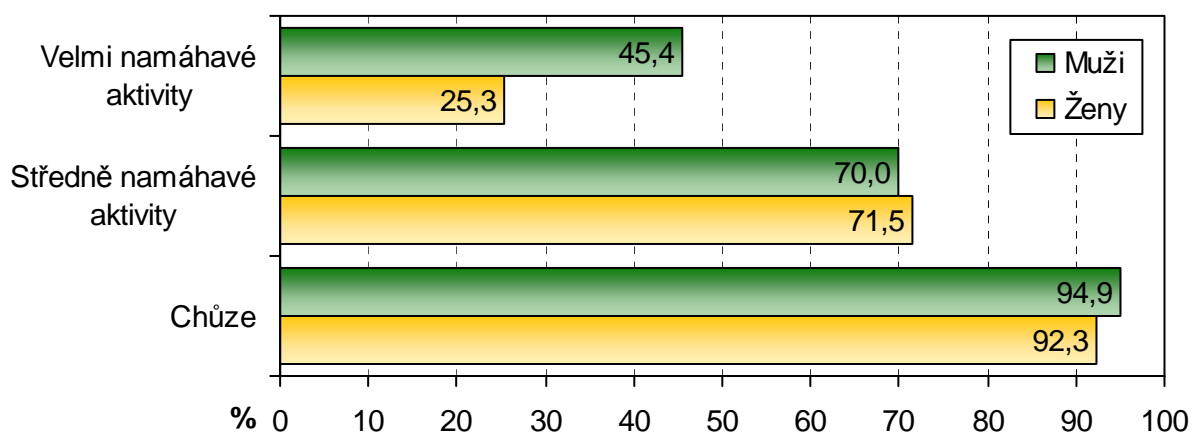
Pravidelná fyzická aktivita snižuje riziko kardiovaskulárních onemocnění, cukrovky druhého typu a některých druhů rakoviny. Aktivním pohybem je regulována tělesná hmotnost, zlepšuje se funkčnost pohybového aparátu a tělesná koordinace, což napomáhá předcházet nemocem pohybového ústrojí a úrazům. Celkově přispívá k lepší tělesné i duševní kondici. V současnosti je doporučováno věnovat se alespoň 30 minut denně po většinu dní v týdnu středně namáhavým fyzickým aktivitám.

#### Metodický rámeček: Měření fyzické aktivity

Dotazníkem se zjišťovala veškerá fyzická aktivita prováděná v práci, doma, při přesunu z místa na místo i ve volném čase. Aktivity byly rozděleny podle stupně vynaložené námahy na: *velmi namáhavé* (zahrnují např. běh nebo výkopové práce), *středně namáhavé* (zahrnují např. plavání nebo uklízení) a *chůzi*. Každá aktivita musela trvat alespoň 10 minut vcelku. Respondenti odpovídali, kolik času strávili každou ze tří aktivit času průměrně v jednom dni během posledního týdne. Vypočtena byla celková doba strávená fyzickými aktivitami jako součet doby strávené chozením, ostatními středně namáhavými aktivitami a dvojnásobkem doby věnované velmi namáhavým aktivitám. Jako dostatečná z hlediska přínosu pro zdraví byla stanovena týdenní hranice 150 minut.

Velmi namáhavým aktivitám se věnovalo v posledním týdnu 45 % mužů a 25 % žen. Podíl mužů provádějících velmi namáhavé aktivity začal velmi výrazně klesat od 50 let věku, u žen klesal s věkem postupně. Asi 71 % mužů i žen, vykonávalo středně namáhavé aktivity. Podíl respondentů věnujících se středně namáhavým aktivitám se výrazně snižoval od 60 let věku. Asi 94 % mužů i žen uvedlo, že v posledním týdnu chodili alespoň 10 minut vcelku. 20 % respondentů se věnovalo během posledního týdne pouze chůzi. Žádným fyzickým aktivitám se nevěnovalo 5 % převážně starších respondentů.

**Dospělá populace věnující se fyzickým aktivitám**



Kritérium dostatečného množství fyzické aktivity splňovalo 90 % respondentů. Tento výsledek je v rozporu s vysokou prevalencí nadváhy. Ukazuje to na problém metodiky zjišťování a nebo vyhodnocování údajů. Nejproblematictějšími oblastmi se zdají být uvažování doby strávené chůzí a nerozlišení mezi aktivitou v rámci pracovních povinností a aktivitou ve volném čase. Podle takto zvoleného kritéria se podíl osob s dostatečnou aktivitou výrazně snižoval s věkem a rozdíly mezi muži a ženami nebyly významné.

Pokud se zaměříme pouze na středně a velmi namáhavé aktivity bez započtení chůze, při zachování dostatečné pohybové aktivity na hranici 150 minut týdně, pak lze nízkou aktivitu pozorovat u celé třetiny respondentů. Výrazný nárůst nízké aktivity byl od 60 let věku. Pokud uvažujeme pouze osoby ekonomicky aktivní, potom více fyzické aktivity uváděli zaměstnaní muži oproti nezaměstnaným, naopak mezi manuálně a nemanuálně pracujícími nebyly rozdíly významné (což by mohlo ukazovat na alespoň částečnou kompenzaci sedavého zaměstnání pohybovými aktivitami ve volném čase). S vyšším vzděláním klesal podíl osob s nízkou aktivitou, významné byly rozdíly mezi nejvíce a nejméně vzdělanými.

Při posuzování celkové doby strávené pohybovými aktivitami lze říci, že muži trávili pohybovými aktivitami v průměru více času než ženy (což bylo způsobeno rozdíly pouze u velmi namáhavých aktivit). Lidé ve městech věnovali méně času pohybovým aktivitám než lidé na venkově. Manuální pracovníci trávili oproti nemanuálním pracovníkům v průměru dvakrát více času velmi i středně namáhavými aktivitami. Osoby ve věku 30-44 let a osoby s vyučením strávily namáhavými aktivitami v průměru více času.

### Výskyt zdravotních rizik: stravovací a pohybové návyky

Faktor	Tělesná hmotnost		Výživa		Fyzická aktivita	
	Prevalence nadváhy	Prevalence obezity	Prevalence nedostatečného přísunu ovoce a zeleniny	Průměrná spotřeba ovoce a zeleniny	Prevalence nedostatečné fyzické aktivity	Průměrná doba strávená namáhavými aktivitami
Ukazatel	%	%	%	porcí / den	%	hod / den
<b>Celkem</b>	56,0	19,5	84,8	3,1	9,7	2,1
<b>Muži</b>	64,5	20,9	89,4	2,8	8,9	2,4
<b>Ženy</b>	49,0	18,3	81,1	3,3	10,3	1,8
<b>Věková skupina</b>						
<b>18 - 29</b>	24,4	2,8	78,7	3,3	2,8	2,1
<b>30 - 44</b>	48,8	13,5	86,6	3,0	3,2	2,8
<b>45 - 59</b>	70,9	30,9	83,3	3,1	8,6	2,2
<b>60 a více let</b>	70,7	26,2	88,5	3,0	21,0	1,2

## 4.2 Užívání škodlivých návykových látek

### Kouření tabáku

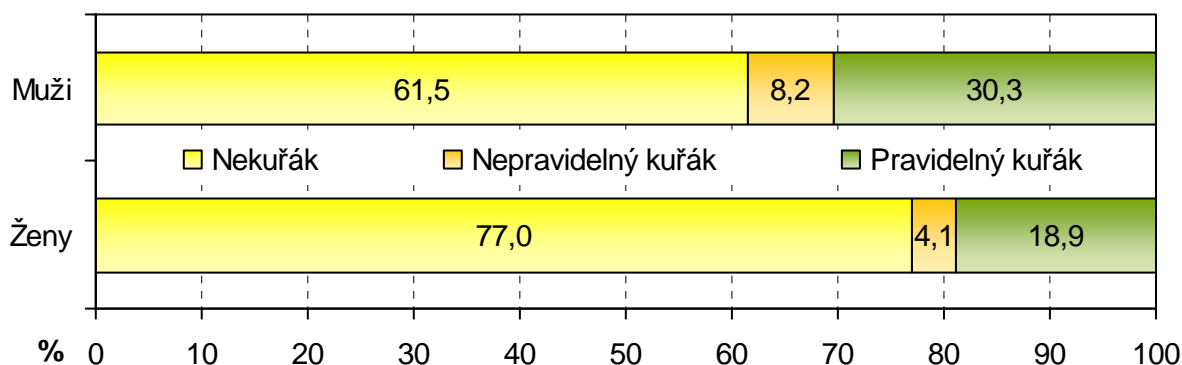
Kouření tabáku je hlavní příčinou výskytu a úmrtí na rakovinu plic a významně zvyšuje riziko dalších nádorových onemocnění, kardiovaskulárních a respiračních onemocnění. Kouření neohrožuje pouze samotné kuřáky, ale i další osoby. Známý jsou negativní dopady pasivního kouření a nebo kouření během těhotenství, které působí nepříznivě na vývoj plodu. Při hodnocení úrovně zdravotního rizika vyplývajícího z kouření je třeba uvažovat i faktory jako věk na počátku kouření, délka a intenzita kouření, stupeň inhalování a charakteristiky tabákových výrobků.

#### Metodický rámeček: Měření pravidelného kouření tabáku

Otázky v dotazníku zjišťovaly, zda respondent kouří denně, příležitostně nebo nekouří vůbec. Pokud kouřil denně, pak měl uvést, kolik let kouří denně a kolik a jakých tabákových produktů vykouří v průměru za den. Za ohrožené rizikem kouření tabáku byli označeni současní denní (pravidelní) kuřáci.

Podle výsledků kouřil denně každý čtvrtý dospělý (asi pětina všech dospělých žen a třetina dospělých mužů). Mezi muži bylo 14 % a mezi ženami 5 % silných kuřáků (tj. těch, kteří kouří alespoň 20 cigaret denně). Příležitostně kouřilo asi 8 % mužů a 4 % žen, zejména v mladším věku. Podíl denních kuřáků s věkem u mužů i žen rostl, zastavil se u věku 40-49 let (v této věkové skupině kouřila asi třetina žen a polovina mužů) a s vyšším věkem opět klesal. Porovnáme-li jednotlivé věkové skupiny, je patrné, že s nárůstem věku byl podíl denních kuřáků oproti kuřačkám stále vyšší (do 30 let věku nebyl rozdíl mezi podílem denních kuřáků a kuřaček statisticky významný).

#### Kouření tabáku u dospělé populace



Do rozdílů v prevalenci pravidelného kouření podle velikosti bydliště nebo vzdělání významně zasahoval věk, tedy spíše generační faktor. Ve skupině 60letých a starších žen kouřily více ženy vzdělané a z velkých měst. U mladších žen bylo nejvíce kuřaček se základním vzděláním. Pravidelných kuřáků ubývalo s vyšším vzděláním, kromě mužů nad 60 let. Prevalence pravidelného kouření klesala s rostoucí velikostí bydliště (statisticky

významně nižší podíl byl pouze u mužů v největších městech). Rozdíly mezi muži a ženami byly způsobeny především výrazně vyšším kuřáctvím mužů bez maturity. Pravidelnými kuřáky byli častěji manuálně pracující a nezaměstnaní, tedy spíše méně vzdělaní. Na pravidelného kuřáka připadalo v průměru 15 vykouřených cigaret za den. Muži vykouřili v průměru více cigaret než ženy, závislost na věku nebyla zjištěna. Převažujícím tabákovým produktem byly podle očekávání průmyslově vyrobené cigarety.

### Spotřeba alkoholu

Nadměrné pití alkoholu má neblahé zdravotní a sociální důsledky, které vyplývají ze změn biochemických procesů v organismu, zejména vznikem otrav a závislosti. Zvyšuje riziko výskytu onemocnění srdce a cirhózy jater, je častou příčinou úrazů či násilných činů a podílí se na vzniku některých druhů rakoviny. Na druhou stranu může mírné pití alkoholu působit na zdraví člověka pozitivně, uvádí se zejména snižování rizika některých kardiovaskulárních onemocnění.

#### Metodický rámeček: Měření nadměrné spotřeby alkoholu

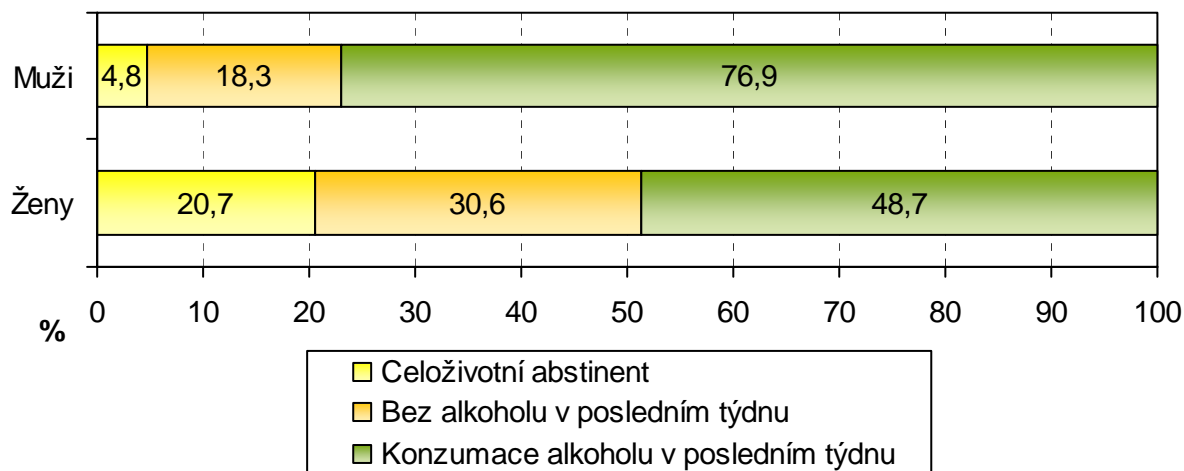
Od respondenta se zjišťovalo, zda někdy pil nápoj obsahující alkohol. Pokud odpověděl kladně, byl dotazován na spotřebu alkoholu v uplynulém týdnu. Respondent měl s pomocí přílohy odpovědět, kolik standardních sklenic některého z alkoholických nápojů vypil v každém z posledních sedmi dnů. Za standardní sklenici byl u nás považován alkoholický nápoj obsahující množství 9 g etanolu, což přibližně odpovídá jednomu malému pivu, 1 dcl vína, 3 cl destilátu a 0,5 dcl aperitivu nebo fortifikovaného vína. Dle metodiky WHO mohl být respondent podle četnosti a množství konzumovaného alkoholu zařazen do jedné ze dvou rizikových kategorií nadměrné spotřeby alkoholu: *nepravidelný nadměrný konzument*, pokud vypil v jednom nebo dvou dnech alespoň 5 standardních sklenic a *pravidelný nadměrný konzument*, pokud vypil alespoň ve třech dnech minimálně 5 standardních sklenic alkoholu.

Jiné členění nadměrné spotřeby lze provést podle průměrné denní spotřeby čistého alkoholu. Mezi nadměrné konzumenty lze zařadit muže s průměrnou denní spotřebou 30 g čistého alkoholu a vyšší a ženy s průměrnou denní spotřebou 20 g čistého alkoholu a vyšší.

Při hodnocení výsledků je třeba vzít v úvahu skutečnost, že **rozšíření nadměrné spotřeby alkoholu zjištěné v populačních šetřeních bývá zpravidla výrazně podhodnoceno.**

Mezi muži se vyskytovalo 5 % a mezi ženami 21 % celoživotních abstinentů (tj. těch, kteří ve svém životě dosud nepili alkohol). V posledním týdnu konzumovalo alkohol 81 % mužů a 61 % žen z těch, kteří se nepovažují za abstinenty. Přiměřená spotřeba alkoholu byla zjištěna asi u třech čtvrtin mužů i žen. Do skupiny nepravidelných nadměrných konzumentů bylo zařazeno 18 % mužů a 4 % žen a pravidelných nadměrných konzumentů 7 % mužů a méně než jedno procento žen. Podle průměrné denní spotřeby alkoholu by mezi nadměrné konzumenty patřilo 11 % mužů a 2 % žen. Významně se podíl nadměrných konzumentů u mužů i žen začínal snižovat od 50 let věku.

**Pití alkoholu u dospělé populace**



Podle velikosti bydliště či vzdělání nebyly pozorovány žádné výraznější rozdíly v prevalenci nadměrné spotřeby alkoholu. Pouze ženy alespoň s maturitou, byly častěji mezi nadměrnými konzumentkami a konzumovaly v průměru více alkoholu než ženy bez maturity.

**Výskyt zdravotních rizik: škodlivé návykové látky**

Faktor	Kouření tabáku		Spotřeba alkoholu	
	Prevalence pravidelného kuřáctví tabáku	Průměrná spotřeba tabákových výrobků na jednoho kuřáka	Prevalence nadměrné spotřeby alkoholu	Podíl abstinentů
				%
	%	kusů / den	%	%
<b>Celkem</b>	24,0	14,7	13,2	13,6
<b>Muži</b>	30,3	16,2	24,8	4,8
<b>Ženy</b>	18,9	12,6	3,9	20,7
<b>Věková skupina</b>				
<b>18 - 29</b>	21,9	15,6	24,2	12,4
<b>30 - 44</b>	31,6	14,7	17,4	6,5
<b>45 - 59</b>	30,0	14,7	10,3	10,7
<b>60 a více let</b>	13,3	13,5	4,8	23,3

### 4.3 Životní prostředí

Na zdraví lidí působí i prostředí, ve kterém žijí, ať se jedná o domov, pracoviště nebo venkovní prostředí. Do šetření byla zařazena tato environmentální rizika: špatná dostupnost pitné vody, špatný přístup k hygienickým zařízením a znečištění vzduchu spalováním pevných paliv v domácnosti.

#### **Metodický rámeček: Měření rizik životního prostředí**

Přístup k pitné vodě byl hodnocen na základě druhu technologie pro získávání vody (chráněný zdroj vody), vzdálenosti od zdroje vody (do 1 km od bydliště) a množství vody na jednu osobu v domácnosti (alespoň 20 litrů na osobu a den).

Úroveň hygienických zařízení byla hodnocena na základě druhu kanalizační technologie (hygienické oddělení lidských výkalů od styku s lidmi, zvířaty a hmyzem), stupněm soukromí při používání záchodu a jeho dostupností v rámci jedné nebo více domácností.

Kvalita tepelných zdrojů byla hodnocena podle druhu paliva (elektrina, plyn nebo topné oleje) a zařízení určeného k vaření či vytápění (uzavřený domácí zdroj nebo centrální vytápění).

Důsledkem užívání závadné vody nebo špatného přístupu k pitné vodě a hygienickým zařízením je zvýšený výskyt některých onemocnění, především průjmových infekcí. Podle výsledků měla naprostá většina obyvatel České republiky dobrý přístup k pitné vodě i hygienickým zařízením. Podíl osob zásobených pitnou vodou z veřejných zdrojů ve vlastním domě představoval podle výsledků 93,9 % a podíl osob připojených na veřejnou kanalizaci 83,7 %.

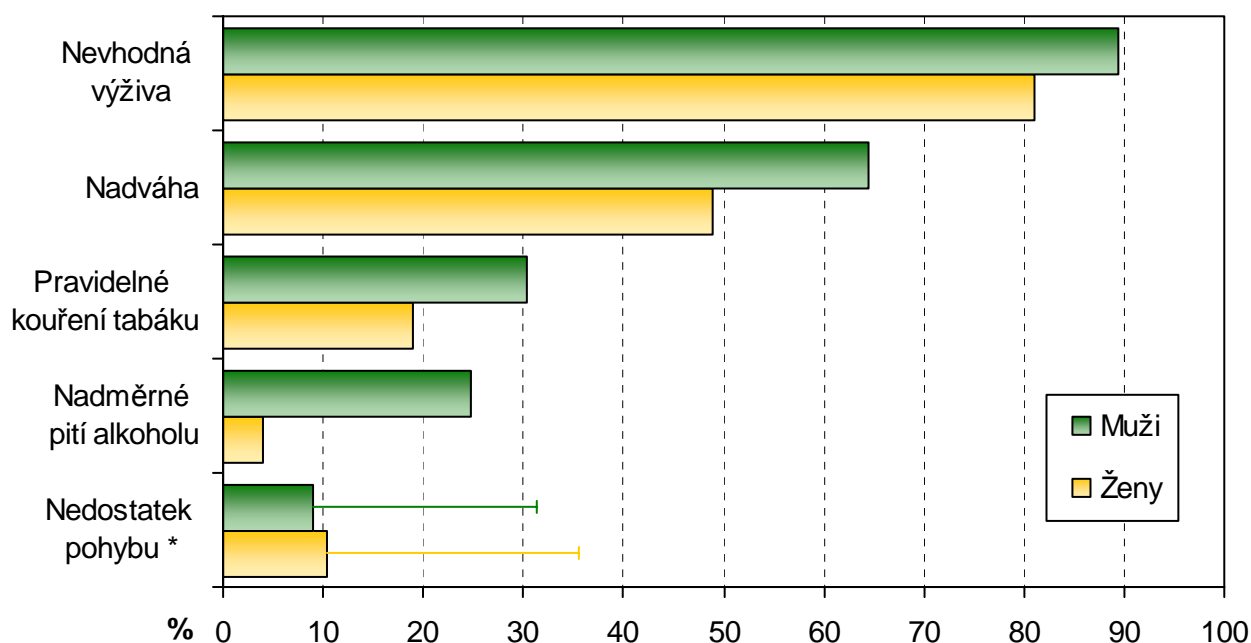
Kvalitu domácího životního prostředí významně určuje i způsob vaření a vytápění. Používání pevných paliv a tím produkování škodlivých plynů, zvyšuje riziko akutních respiračních i chronických respiračních onemocnění a rakoviny dýchacího ústrojí. Podle výsledků žilo 3,5 % osob v domácnostech používajících pevných paliv k vaření a 18,7 % osob v domácnostech používajících pevných paliv k vytápění (většinou šlo o zdravotně nezávadný způsob spalování). Využívání pevných paliv klesalo v závislosti na rostoucí velikosti obce bydliště respondentů.

### 4.4 Souhrnné hodnocení životního stylu a prostředí

Nejrozšířenějším rizikovým faktorem byla nedostatečná konzumace ovoce a zeleniny (85 %), následována nadváhou (55 %), pravidelným kuřáctvím (24 %), nadměrnou konzumací alkoholu (13 %), nedostatkem fyzické aktivity (10 %) a nejméně byla naše populace ohrožena sledovanými environmentálními riziky. Nejčastější byl společný výskyt nadváhy spolu s nedostatečnou konzumací ovoce a zeleniny (u 29 % všech respondentů). Statisticky významnou souvislost bylo možné prokázat mezi pravidelným kuřáctvím a nadměrnou konzumací alkoholu a u mužů mezi nadváhou a nedostatečnou konzumací ovoce a zeleniny.

Posuzujeme-li počet rizikových faktorů (s vyloučením zanedbatelného přínosu těch environmentálních), pak muži byli více ohroženi než ženy. Týkalo se to všech rizikových faktorů, kromě fyzické aktivity, kde byly výsledky shodné. Nejčastěji se vyskytovaly dva rizikové faktory, a to u více než 40 % mužů i žen. Podle počtu rizikových faktorů byli respondenti rozděleni do dvou skupin: s nižším rizikem ohrožení zdraví při výskytu 0-2 faktorů a s vyšším rizikem při výskytu 3-5 faktorů. U 6 % respondentů se nevyskytoval žádný z rizikových faktorů. Do skupiny s vyšším rizikem patřilo 32 % mužů a 14 % žen. Podíl respondentů s vyšším rizikem byl nejnižší do 30 let věku (16 % mužů a 10 % žen). Poté výrazně rostl až do věku 40-49 let, kdy bylo riziko největší (patřila sem polovina mužů a pětina žen). Pak podíl osob s vyšším rizikem opět klesal (u mužů výrazněji), ale už se nevrátil na hodnotu patrnou u nejmladších respondentů. S vyšším vzděláním klesal podíl osob s vyšším rizikem a výrazně lépe na tom byli vysokoškoláci. Podle velikosti obce nebyly zaznamenány žádné významné rozdíly.

### Rozšíření zdravotních rizik u dospělé populace



\* Tenká čára reprezentuje upravený odhad prevalence nedostatečného pohybu (tj. bez zahrnutí chůze)

Z výsledků je patrné, že významně je populace České republiky ohrožena zejména nedostatečným přísunem ovoce a zeleniny a nadváhou. Co se týká výživy, tak podle řady výzkumů se stravovací návyky české populace za poslední roky zlepšily, ale jak je patrné z výsledků, existuje ještě značná rezerva. Zjištěné výsledky o nadváze dokládají nepříznivou skutečnost o vážných zdravotních rizicích. Přitom je třeba vzít v úvahu fakt, že výsledky jsou spíše dolní mezí reálného výskytu, neboť lidé mají tendenci podhodnocovat svou hmotnost a nadhodnocovat svou výšku.

Oproti jiným šetřením by se pouhá desetina naší dospělé populace s nedostatečnou aktivitou mohla zdát poněkud nízká. Důvodem může být započítávání veškerých pohybových aktivit během dne, nastavení nízké úrovně pro dostatečnou fyzickou aktivitu nebo nadhodnocování celkové doby ze strany respondentů. V rámci nadhodnocování může hrát významnou roli zahrnování chůze do celkové doby aktivity, která představovala polovinu doby strávené všemi pohybovými aktivitami a téměř všichni respondenti ji uvedli mezi svými fyzickými aktivitami. Významnou roli také mohlo hrát nerespektování požadované minimální doby trvání aktivity. Na podhodnocení nedostatečného pohybu ukazují výsledky o nadváze, která by měla s pohybem souviset, což se však nepodařilo jednoznačně prokázat.

Výsledky o užívání škodlivých návykových látek, zejména kouření, odpovídají výsledkům obdobných výzkumů. Při posuzování celkového rizika vyplývajícího z nadměrné spotřeby alkoholu je třeba brát v úvahu i fakt, že dotazníkem se sleduje velmi omezené období a spotřeba alkoholu vykazuje značné výkyvy. Odpovědi respondentů jsou ovlivněny i společenským prostředím, které určuje míru negativního vnímání konzumace alkoholu a alkoholismu. Obecně lze říci, že respondenti mají tendenci svou spotřebu alkoholu podhodnocovat, což je možné potvrdit při porovnání celkové spotřeby alkoholu v České republice s přepočtenými údaji z tohoto šetření.

Jediným jednoznačně pozitivním, ale zároveň očekávaným výsledkem je potvrzení faktu o dobrém přístupu české populace k pitné vodě a hygienickým zařízením a používání nezávadných paliv při vaření a vytápění. Je to způsobeno zejména výběrem tradičních environmentálních rizik, které se daří v ekonomicky vyspělejších společnostech eliminovat.



## 5. ZDRAVÍ OBYVATEL

- Jak jsme spokojeni se svým zdravím?
- Jsou ženy zdravější než muži nebo pouze žijí déle?
- Hodnotíme všichni své zdraví podle stejných měřítek?

Zlepšování úrovně a snižování nerovností ve zdraví je základním cílem zdravotnických systémů. Zdraví každého člověka spoluvytváří kvalitu jeho života, zároveň však má vysoký přínos i pro sociální prostředí, ve kterém se pohybuje. Zdravý člověk může lépe naplňovat své životní a sociální funkce. Úroveň a rozdíly ve zdraví jsou určovány individuálními faktory, sociálním a životním prostředím, ekonomickými i dalšími podmínkami k životu. Znalost zdravotního stavu obyvatelstva je důležitá nejen pro potřeby zdravotní politiky, ale i pro posouzení celkové vyspělosti každé země.

Monitorování zdravotního stavu obyvatel patří k běžné náplni činnosti zdravotnických informačních systémů. Pro různé potřeby je pojem zdraví používán v různém rozsahu, ale většinou se v těchto systémech sleduje pouze jako výskyt různých onemocnění a jejich léčbu. Pro posouzení celkové úrovně zdraví je vhodné využít širší definice zdraví, například té přijaté a používané WHO, podle které je za zdraví považován stav úplné fyzické, duševní a sociální pohody. Kombinací údajů o úmrtnosti a o zdravotním stavu ze široké oblasti zdraví lze konstruovat souhrnné ukazatele zdraví populace, jakými jsou například ukazatel *střední délky zdravého života* nebo *roky ztraceného zdraví*. Ke komplexnímu hodnocení zdravotních problémů a zlepšování procesu řízení zdraví populace a zdravotní péče lze využít metodologie *Burden of Disease* (břemeno nemoci). Tento vědecký přístup je možné uplatnit v plánování zdravotní politiky, neboť poskytuje nástroje pro zjišťování výskytu a rozšíření nejrůznějších zdravotních problémů a posuzování jejich relativní velikosti, hodnocení nerovností ve zdraví, analýzu zdravotně-rizikových faktorů, hodnocení nákladové efektivity zdravotních programů a projekci zdravotního stavu.

### 5.1 Vnímání vlastního zdraví

Ukazatele vnímání vlastního zdraví (subjektivně hodnoceného zdraví) odrážejí nejen skutečnou úroveň zdraví, ale souvisejí i se širším sociálním zázemím a momentální životní situací každého člověka. Tyto ukazatele jsou pro svou jednoduchost zjišťování ve výběrových šetřeních značně využívány.

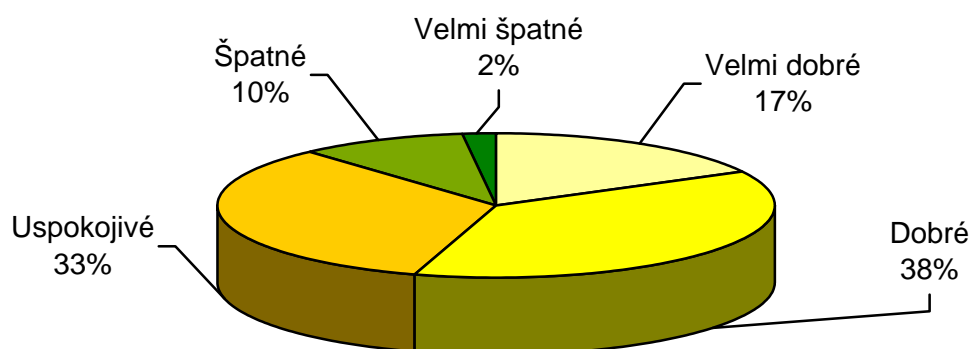
Respondentům byly položeny dvě otázky na celkové zdraví. První otázka: „*Jak byste obecně hodnotil/a dnes své zdraví?*“ byla hodnocena na pětibodové škále odpovědí: velmi dobré, dobré, uspokojivé, špatné, velmi špatné. Druhá otázka „*Jaké zdravotní obtíže jste měl/a v zaměstnání nebo při domácích pracích v uplynulých 30 dnech?*“ byla posuzována pomocí škály odpovědí: žádné, mírné, střední, vážné, extrémní nebo vůbec nemohl/a dělat.

## Vnímání vlastního zdraví podle pohlaví (v %)

Celkově vnímané zdraví	Velmi dobré	Dobré	Uspokojivé	Špatné	Velmi špatné
<b>Muži</b>	19,2	38,2	32,0	9,4	1,2
<b>Ženy</b>	15,6	37,2	34,6	9,9	2,7
Obtíže v zaměstnání nebo při domácích pracech	Žádné	Mírné	Střední	Vážné	Extrémní
<b>Muži</b>	45,1	26,3	19,3	6,5	2,9
<b>Ženy</b>	36,6	29,8	22,4	9,1	2,1
Spokojenost s vlastním zdravím	Velmi spokojen	Spokojen	Ani spokoj. ani nespok.	Nespokojen	Velmi nespokojen
<b>Muži</b>	7,0	39,7	30,9	13,3	9,2
<b>Ženy</b>	14,0	39,0	27,5	10,8	8,8

Celkové zdraví hodnotili muži i ženy stejně. Muži na tom byli mírně lépe než ženy s vykonáváním svých pracovních aktivit. S věkem se celkově vnímané zdraví zhoršovalo, rozdíl se začaly významně projevovat od středního věku. Vzdělanější osoby hodnotily své zdraví lépe, výrazně hůře na tom byly osoby se základním vzděláním. Nezaměstnaní hodnotili své zdraví hůře oproti zaměstnaným. Podle velikostní skupiny obce nebyly u celkově vnímaného zdraví patrné žádné rozdíly. Lidé s lepším celkově vnímaným zdravím uváděli častěji účast ve volbách, lepší možnost působit na úřady, vyjadřovali větší spokojenost se svobodou slova v naší zemi a cítili se bezpečněji. To dokládá širší podmíněnost a vypovídací hodnotu ukazatelů vnímání vlastního zdraví.

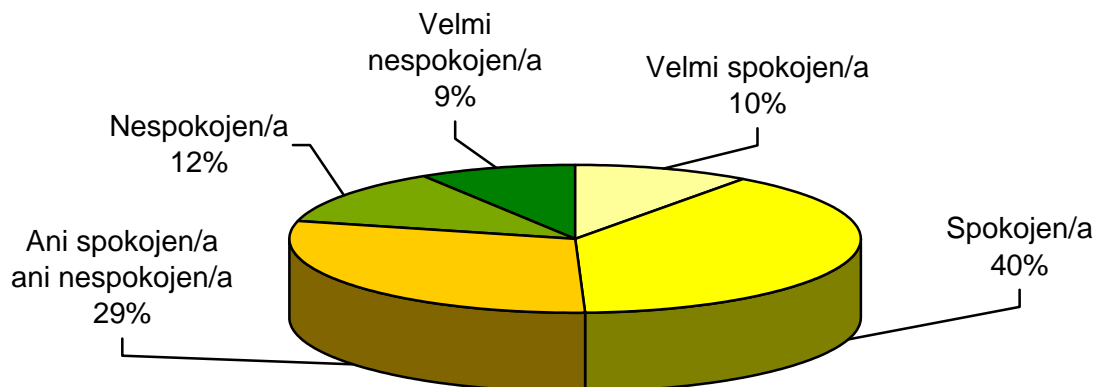
## Celkově vnímané zdraví



Vedle celkově vnímaného zdraví posuzovali respondenti spokojenost s vlastním zdravím. Ta jednoznačně souvisela s tím, jak lidé hodnotili úroveň svého zdraví. Tedy čím lépe hodnotili své zdraví, tím více s ním také byli spokojeni. Ve více případech bylo však hodnocení vlastního zdraví lepší než spokojenost s ním. To se netýkalo osob se základním vzděláním a osob ve vyšším věku, které hodnotily vlastní zdraví v průměru stejně jako spokojenost s ním. Významně vyšší spokojenost projevovaly osoby do 30 let

oproti starším osobám a vysokoškoláci oproti ostatním vzdělanostním skupinám. Mírně spokojenější byli se svým zdravím muži oproti ženám.

### Spokojenost s vlastním zdravím



## 5.2 Zdraví ve vybraných oblastech

Zdraví bylo v tomto šetření zkoumáno s ohledem na tělesnou, duševní i sociální stránku v osmi oblastech (doménách) odvozených z mezinárodní klasifikace ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health). Vybranými oblastmi byly pohyblivost, osobní péče (sebeobsluha), bolest a tělesné obtíže (nepohodlí), poznávání (kognice), mezilidské vztahy, zrak, spánek a energie (vitalita) a citové rozrušení (afekt).

### Zdraví ve vybraných oblastech podle stupně omezení (v %)

Oblast zdraví		Žádné	Mírné	Střední	Vážné / Extremní
<b>Pohyblivost</b>	Pohyb po okolí	61,8	14,0	13,8	10,4
	Namáhavé činnosti	41,5	20,1	14,2	24,3
<b>Osobní péče</b>	Péče o sebe	82,9	7,1	6,8	3,2
	Péče o vzhled	85,3	8,2	4,2	2,3
<b>Bolest a tělesné obtíže</b>	Bolest	36,6	28,6	22,3	12,5
	Tělesné obtíže	45,0	25,1	18,5	11,4
<b>Poznávání</b>	Soustředění a paměť	65,1	20,8	10,6	3,6
	Učení nových věcí	68,6	16,0	9,5	5,9
<b>Mezilidské vztahy</b>	Osobní vztahy	81,1	11,6	4,7	2,6
	Řešení konfliktů	75,7	15,3	6,8	2,2
<b>Zrak</b>	Vidění na dálku	78,5	11,9	6,9	2,7
	Vidění na blízko	77,0	13,3	6,8	2,9
<b>Spánek a energie</b>	Spánek	53,4	21,4	16,2	9,0
	Energie	43,6	31,0	18,5	6,9
<b>Citové rozrušení</b>	Smutek a sklíčenost	58,5	21,3	11,5	8,6
	Starost a úzkost	52,1	25,8	14,0	8,1

**Metodický rámeček: Zjišťování a výpočet ukazatelů zdraví**

Zdraví v každé z osmi vybraných oblastí bylo zjišťováno dvěma otázkami na jednotné škále obtíží: žádné, mírné, střední, vážné, extrémní nebo vůbec nemohl/a dělat. Při odpovědích mělo být uvažováno období posledních 30 dnů.

Pro zajištění lepší srovnatelnosti výsledků byly do dotazníku přidány viněty zdraví a použit statistický model CHOPIT, pomocí něhož lze korigovat vliv subjektivních očekávání při hodnocení zdraví (podrobněji viz Příloha 2). Za možné faktory způsobující rozdílná očekávání byly do modelu přidány pohlaví, věk a vzdělání. Byla provedena analýza vlivu různých faktorů na zdraví bez i se zahrnutím vlivu subjektivních očekávání a výsledky obou postupů porovnány.

Očištěné hodnoty zdraví byly v každé oblasti normalizovány na interval 0-100 (nejhoršímu zdraví, definovanému hodnotou 1% kvantilu očištěných hodnot, byla přiřazena hodnota 0 a nejlepšímu zdraví, definovanému hodnotou 99% kvantilu, byla přiřazena hodnota 100). Hodnoty ukazatelů se posléze přepočety tak, aby průměry očištěných ukazatelů u jednotlivých oblastí zdraví byly ve stejném vzájemném poměru jako průměry původních ukazatelů. Výsledné ukazatele za oblasti zdraví by tedy měly být očištěny od vlivu subjektivních očekávání, avšak použitelné pouze k relativnímu srovnání zdraví mezi různými skupinami osob. Nakonec byl vypočten ukazatel celkového zdraví jako prostý aritmetický průměr hodnot ukazatelů za všechny oblasti zdraví.

Nerovnost v každé oblasti zdraví byla charakterizována variačním koeficientem, který je definován jako poměr směrodatné odchylky k aritmetickému průměru a vyjádřen v procentech.

**Pohyblivost** respondenti posuzovali pomocí otázek na obtíže při obvyklém pohybu po okolí a obtíže při namáhavých činnostech (např. běh dlouhý 3 km nebo delší jízda na kole). Na základě hodnocení těchto dvou otázek nebyly zjištěny významné rozdíly v pohyblivosti mezi muži a ženami. Po přihlédnutí k odlišnému vnímání kategorií pohyblivosti se zdá, že ženy na tom byly s pohyblivostí mírně hůře než muži. S rostoucím věkem se obtíže s pohybem projevovaly výrazně častěji a s větším omezením. Osoby bez maturity uváděly častěji obtíže s pohybem než osoby s maturitou a výrazně hůře na tom byly zejména osoby se základním vzděláním.

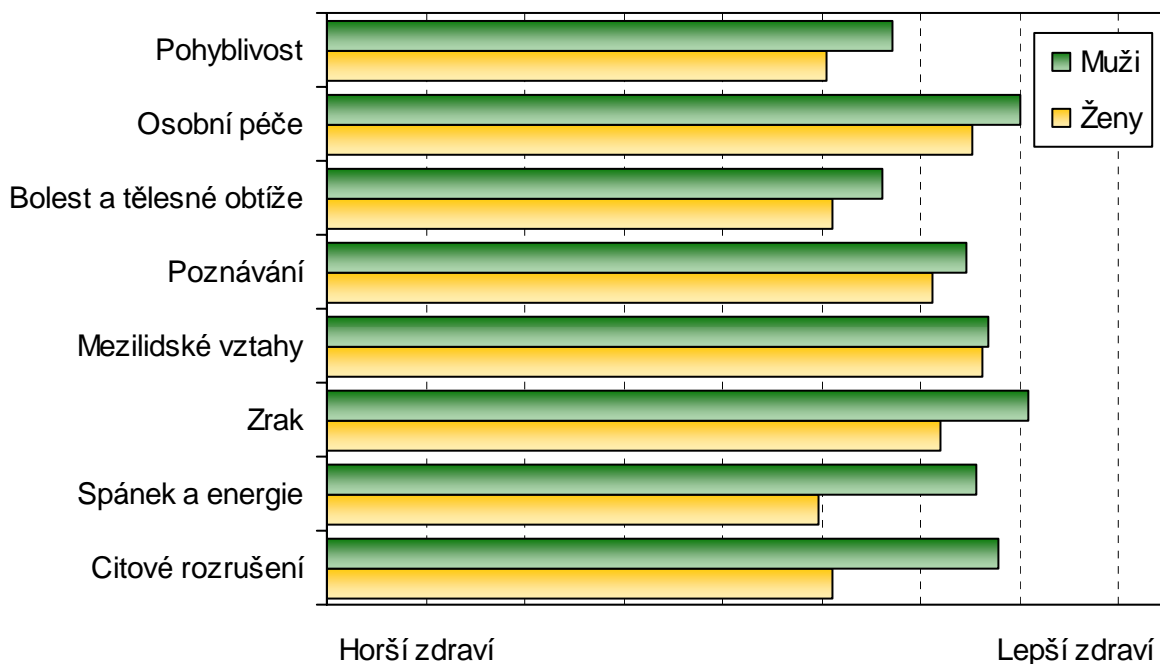
**Osobní péče** byla hodnocena obtížemi s péčí o sebe (např. mytí nebo oblékání se) a obtížemi s udržováním a pečováním o vlastní vzhled (např. česání a úprava vlasů). Mezi muži a ženami nebyly rozdíly v osobní péči vyhodnoceny jako statisticky významné. S rostoucím věkem se obtíže s osobní péčí zvyšovaly, výrazně se to týkalo osob od 60 let věku. Rozdíly ve vnímání osobní péče způsobily, že jako významné se ukázaly být rozdíly mezi osobami bez maturity a alespoň s maturitou.

**Bolest a tělesné obtíže** se zjišťovaly rozsahem bolestí a tělesných obtíží. Ženy trpěly mírně vyššími bolestmi a tělesnými obtížemi než muži. S rostoucím věkem se větší bolesti i tělesné obtíže vyskytovaly častěji. Osoby bez maturity trpěly bolestmi častěji než osoby alespoň s maturitou.

**Poznávání** bylo posuzováno podle toho, jaké uvedli respondenti potíže se soustředěním nebo s pamatováním a potíže s učením nových věcí (např. s tím, jak se dopravit na nové místo, naučit se novou hru nebo nový postup). Ženy uváděly mírně vyšší problémy s poznáváním než muži, ale očištěním o subjektivní vnímání tyto rozdíly zmizely. S rostoucím věkem byly poznávací funkce respondentů častěji omezeny, s výraznějším nárůstem od středního věku. Vyšší očekávání vzdělanějších osob prohloubilo rozdíly mezi vzdělanostními skupinami a omezení kognitivních funkcí se tak plynule zlepšovalo s rostoucím vzděláním (původně byly patrné rozdíly pouze mezi osobami bez maturity a osobami s maturitou).

**Mezilidské vztahy** hodnotili respondenti problémy v osobních vztazích nebo s účastí na společenském životě a potížemi při řešení konfliktů a napjatých situací s jinými lidmi. Nebyly zjištěny rozdíly v mezilidských vztazích mezi muži a ženami, ani mezi vzdělanostními skupinami nebo podle velikosti obce. Jednoznačná nebyla ani souvislost s věkem. Horší úroveň mezilidských vztahů byla pouze u nejstarších osob v porovnání s těmi nejmladšími.

**Zdraví ve vybraných oblastech podle pohlaví**



**Zrak** byl hodnocen mírou potíží s viděním a poznáním známé osoby přes ulici (na vzdálenost asi 20 metrů) a mírou potíží s viděním a poznáním předmětu na vzdálenost délky paže nebo při čtení. Pokud respondent používal brýle nebo kontaktní čočky, měl při svých odpovědích vzít v úvahu použití těchto pomůcek. Podle výsledků používaly brýle nebo kontaktní čočky 2/3 žen a polovina mužů. S věkem se počet uživatelů těchto pomůcek zvyšoval, významněji od středního věku. Častěji používaly brýle nebo kontaktní čočky osoby alespoň s maturitou a dvakrát častěji oproti ostatním mužům také muži ve městech

nad 10 000 obyvatel. Ženy původně uváděly větší problémy než muži pouze s viděním na dálku. Po přihlednutí k vlivu subjektivních očekávání lze říci, že ženy měly celkově horší zrak než muži. Od středního věku se zrak respondentů zhoršoval. Výrazně hůře na tom byly osoby se základním vzděláním, což by mohlo souviset s tím, že používaly méně často optických pomůcek. Horší zrak byl také zaznamenán u vysokoškoláků.

**Spánek a energie** pokrývaly problémy se spaním (jako např. s usínáním, častým probouzením se během noci nebo nechtěným časnějším ranním probouzením) a problémů s odpočatostí a svěžestí. Ženy uváděly výrazně častěji problémy s vitalitou než muži. Od středního věku se problémy se spánkem a nedostatkem energie projevovaly více. Osoby bez maturity uváděly častěji problémy se spánkem a energií než osoby alespoň s maturitou.

**Citové rozrušení** bylo hodnoceno podle výskytu potíží způsobených smutkem, depresí nebo sklíčeností a potížemi způsobených starostmi nebo úzkostí. Ženy uváděly výrazně vyšší problémy v citové oblasti než muži. Nejlépe na tom byly osoby do 30 let, nejhůře nejstarší osoby. Osoby bez maturity uváděly častěji výskyt smutku či starostí než osoby alespoň s maturitou.

**Celkové zdraví** bylo vypočteno z údajů za jednotlivé oblasti zdraví. Nejdůležitějším faktorem determinujícím úroveň celkového zdraví byl věk. S rostoucím věkem se celkové zdraví postupně a velmi výrazně zhoršovalo. Ženy by i podle očištěných výsledků měly mít celkové zdraví horší než muži. Osoby bez maturity (a zejména ty se základním vzděláním) vykazovaly horší zdraví než osoby alespoň s maturitou, přičemž rozdíly byly patrnější u žen. Velikost obce neměla na rozdíly v celkovém zdraví vliv.

### 5.3 Souhrnné hodnocení zdraví

Z osmi oblastí zdraví byly nejlépe hodnoceny osobní péče, mezilidské vztahy a zrak, naopak nejhůře dopadly pohyblivost s bolestmi a tělesnými obtížemi. Korelace celkového zdraví s ukazateli zdraví v jednotlivých oblastech byla vysoká. Nejvíce se projevila u pohyblivosti a osobní péče, poněkud méně u mezilidských vztahů a citového rozrušení. Menší rozdíly (nerovnosti) mezi respondenty byly zjištěny u mezilidských vztahů a zraku, mírně vyšší naopak u pohyblivosti, spánku a bolestí.

S věkem korelovaly nejvíce pohyblivost a osobní péče, nejméně pak mezilidské vztahy a citové rozrušení. Největší rozdíly mezi muži a ženami byly nalezeny u spánku a citového rozrušení. Vzdělání nejvíce určovalo úroveň poznávacích schopností. Žádné rozdíly v ukazatelích zdraví nebyly nalezeny podle velikosti obce. Ukazatele subjektivního vnímání vlastního zdraví souvisely velmi úzce s ukazatelem celkového zdraví. Největší byl jejich vztah k pohyblivosti a bolestem, nejmenší k mezilidským vztahům. Vliv subjektivních očekávání se projevilo u všech zahrnutých faktorů, tedy pohlaví, věku i vzdělání, ale celkové výsledky to většinou zásadně neovlivnilo. Uplatnění vinět lze proto očekávat především při mezinárodním srovnání, kde by se měly projevit obecnější kulturní rozdíly v uvažování o normách zdraví.

Ověření platnosti získaných výsledků o zdraví lze také provést jejich srovnáním s výsledky hodnocení zdravotního stavu respondentů samotnými tazateli. Podle nich se u respondentů nejčastěji (tedy při opomenutí položky jiných zdravotních problémů) vyskytovaly obtíže při chůzi a dále problémy se zrakem. U čtvrtiny respondentů byl identifikován nějaký zdravotní problém. Výskyt zdravotního problému nesouvisel s pohlavím, od středního věku se s rostoucím věkem výrazně zvyšoval a byl nižší u vysokoškoláků. Souvislost výskytu zdravotního problému identifikovaného tazateli s ukazateli vlastního nebo očištěného celkového zdraví byla velmi vysoká.

### Výskyt zdravotních problémů

Zdravotní problém pozorovaný tazatelem u respondenta:	%
měl/a problémy se sluchem	6,0
měl/a problémy se zrakem	9,7
používal/a invalidní vozík	0,5
používal/a hůl, berle nebo chodítko	6,3
měl/a nějaké obtíže při chůzi	11,1
byl/a ochrnutý/á v pažích, rukou nebo nohou	1,0
soustavně kašlal/a	0,9
trpěl dušností	2,3
trpěl/a duševní poruchou	1,0
měl/a jiný zdravotní problém	13,0
měl/a amputovanu končetinu nebo část končetiny	0,9
měl/a alespoň jeden z výše uvedených zdravotních problémů	25,9

## 6. POKRYTÍ ZDRAVOTNICKÝMI SLUŽBAMI

- Je potřebným poskytována adekvátní léčba?
- Je u nás dostatečně rozšířena a využívána prevence?
- Je z některých míst omezena dosažitelnost zdravotní péče?

Do zdravotnictví plyne stále více finančních prostředků, v České republice převážně z veřejných zdrojů, a tak by mělo být zájmem tvůrců zdravotní politiky, ale i každého občana sledovat efektivnost jeho fungování. Nejen z ekonomického hlediska je důležité vědět, zda jsou prostředky vynakládány hospodárně (cena za poskytnutou péči odpovídá její kvalitě), jestli jsou dosahované zdravotní výsledky adekvátní vloženým prostředkům a jestli nedochází k nadužívání péče. Při posuzování efektivnosti je třeba vzít v úvahu i sociální hledisko, tj. zda se dostává péče všem potřebným a jestli neexistují bariéry v přístupu ke zdravotní péči, zejména pro znevýhodněné nebo ohrožené populační skupiny.

Poskytování zdravotní péče je jednou ze základních funkcí zdravotnického systému. Podle Světové zdravotnické organizace a jejího obecného pojetí zdravotnického systému, je tato funkce úzce provázána i s ostatními funkcemi, jimiž jsou *správa zdravotnictví (stewardship)*, *financování zdravotnictví (financing)* a *tvorba zdrojů ve zdravotnictví (resource generation)*. Prostřednictvím funkcí zdravotnického systému je možné naplňovat požadované cíle, kterými jsou zdraví populace, vstřícnost a spravedlivé financování. Kritérium pro hodnocení funkce poskytování zdravotní péče je založeno na konceptu „*pokrytí zdravotnickými službami*“ (*coverage of health services*). Tento koncept se pokouší propojit pojmy přístup, využívání a efektivnost zdravotní péče a posuzovat je jako společnou charakteristiku zdravotnického systému. Pokrytí je chápáno jako schopnost zdravotnického systému reagovat na zdravotní potřeby obyvatel. Je považováno za postupný cíl zdravotnického systému s přímou vazbou na konečný cíl zlepšování zdraví. Oproti tradičnímu přístupu měření funkce poskytování zdravotní péče, který se zaměřuje většinou pouze na hodnocení objemu poskytnuté péče, dává pokrytí do vzájemného vztahu objem poskytnuté péče spolu s objemem zdravotních potřeb. Takto ho lze chápat jako skutečně výkonnostní ukazatel.

Pokrytí zdravotnickými službami bylo vymezeno těmito faktory: *geografická dosažitelnost* péče, *finanční dostupnost* péče (určována cenou intervence a disponibilním příjmem), *využitelnost* péče (tedy možnost použít zdravotnické technologie) a *akceptovatelnost* péče (z osobního hlediska nebo vlivem kulturní tradice). V České republice lze očekávat relativně dobrou geografickou dosažitelnost péče z důvodu husté sítě zdravotnických zařízení a dobrého fungování záchranné služby. Finanční dostupnost by neměla být příliš ovlivněna příjmem obyvatel, neboť většina péče je hrazena z veřejného zdravotního pojištění a bude se tak týkat jen omezeného okruhu zdravotních intervencí. Cena zdravotní intervence hraje určitou roli při rozhodování o zařazení této intervence do péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění (bude se jednat například o velmi specializované výkony prováděné v zahraničí). Obecně by v České republice



neměly být problémy ani s využitelností péče, tedy objemem zdrojů a technologií použitelných k poskytování zdravotní péče. Ze statistik víme o dostatečném počtu zdravotnických zařízení i pracovníků. Velkého pokroku bylo za poslední období dosaženo ve vybavenosti nejmodernějšími technologiemi. Mnoho ovšem nevíme o akceptovatelnosti péče, tedy zda člověk sám, pokud péči potřebuje, ji také vyhledává. Příčiny odmítání zdravotní péče mohou mít kulturní nebo náboženské pozadí (příkladem budiž odmítání transfúze krve), mohou být určovány pohlavím nebo věkem, druhem zdravotnického zařízení, špatným zacházením s pacienty apod. V našich podmínkách přichází v úvahu posouzení vlivu pohlaví. Z některých zdrojů je totiž patrná vyšší nemocnost žen, což třeba ukazuje, při vědomí vyšší mužské úmrtnosti, na rozdílnou přijatelnost využívání zdravotní péče mezi muži a ženami a s tím související nepodchycenou mužskou nemocnost.

### **Metodický rámeček: Měření pokrytí zdravotnickými službami**

*Pokrytí zdravotnickou službou* bylo definováno jako pravděpodobnost získání potřebné zdravotní intervence v případě výskytu určitého zdravotního problému. Z pohledu celé populace jde například o procento proočkovanosti populace proti spalničkám. Z pohledu jednotlivce pak pokrytí například vyjadřuje šanci, že dotyčnému bude provedena totální endoprotéza, pokud trpí vážným poškozením kyčelního kloubu.

Při stanovování pokrytí zdravotnickou službou je zásadním problémem určení potřeby zdravotní intervence. U některých intervencí, zejména preventivních, je potřeba determinována pohlavím, věkem, případně rizikovými faktory. Tak například, každé dítě do jednoho roku věku by mělo být očkováno proti záškrtu, tetanu a dávivému kašli. U některých intervencí, převážně léčebných, je nejspolehlivější metodou zjištění potřeby lékařské vyšetření. Tento způsob je však při provádění populačního šetření těžko aplikovatelný. Proto byl k odhadu individuální zdravotní potřeby zvolen pravděpodobnostní model, který využívá odpovědi respondenta na několik symptomatických otázek. (Tento model nebyl dosud na získaná data aplikován.)

Okruh zdravotních intervencí musel být pro potřeby tohoto šetření zúžen jen na několik nejdůležitějších. Kritérii pro výběr intervencí byly: ověřená účinnost intervence a významný přínos pro zdraví; celosvětové rozšíření zdravotního problému, ke kterému je intervence využívána; dosažení rovnováhy mezi preventivní a léčebnou péčí a mezi infekčními a neinfekčními onemocněními a z hlediska životního cyklu souvisejícími onemocněními; a platnost výsledků získaných pomocí dotazníku.

Do šetření byly zahrnuty následující okruhy zdravotních intervencí:

- Léčba šesti chronických neinfekčních onemocnění u dospělé populace
- Léčebné intervence u dospělých (péče o zrak, péče o chrup a péče při úrazech)
- Prevence u dospělých (prevence infekčních onemocnění a rakoviny u žen)
- Péče o matky a malé děti (antenatální péče, prevence a léčba malých dětí)

## 6.1 Léčba chronických onemocnění

V rozvinutých zemích představují neinfekční onemocnění většinu zatížení spojeného s nemocemi. Chronická onemocnění představují pro organismus dlouhodobou zátěž a v různé míře dochází k omezení běžných aktivit. Léčbou lze u některých onemocnění nejen život podstatně prodloužit, ale i zvýšit jeho kvalitu. Jelikož bývá léčba chronických onemocnění finančně i technicky nákladná, závisí její úroveň a míra rozšíření na dobré organizaci a fungování zdravotnického systému.

Pokrytím zdravotní intervencí se v případě onemocnění chronickou chorobou rozumí poskytnutí adekvátní léčby. Měli bychom získat odpověď na otázku, zda jsou lidé s příznaky určité choroby také léčeni. Do tohoto šetření bylo zařazeno šest chronických onemocnění: *artritida nebo artróza (revmatická onemocnění)*, *angina pectoris (ischemická choroba srdeční)*, *astma*, *cukrovka (diabetes)*, *deprese* a *schizofrenie nebo jiná psychóza*. U každého onemocnění se zjišťovalo, zda bylo respondentovi lékařem diagnostikováno, zda byl kvůli němu někdy léčen a zda byl kvůli němu léčen v posledních dvou týdnech (ke zjištění současné léčby). Ke každému onemocnění byla přiložena sada symptomatických otázek vztahujících se k posledním 12 měsícům, na jejichž základě by se měla u každého respondenta určit pravděpodobnost, že tuto chorobu má. Metodika, pomocí níž by bylo možno takto údaje zpracovat, však nebyla v době přípravy této publikace k dispozici.

### Výskyt a léčba chronických onemocnění u dospělé populace

Onemocnění	Procento osob, u kterých bylo diagnostikováno lékařem	Z těch, u kterých bylo onemocnění diagnostikováno lékařem:	
		procento někdy léčených	procento v současnosti léčených
Artritida/artróza	21,0	85,3	52,4
Angina pectoris	6,1	96,4	78,2
Cukrovka	10,1	83,9	89,3
Astma	6,5	93,2	43,3
Deprese	8,7	67,1	32,9
Schizofrenie/psychóza	0,6	100,0	100,0

**Artritida** je zánětlivé a **artróza** nezánětlivé onemocnění kloubů, která se projevují bolestmi, ztuhlostí nebo otokem kloubů s nebezpečím pozdějšího znehybnění kloubů. Dotazníkem mělo být původně zjišťováno pouze rozšíření a léčba artritidy, ale podle vysokého výskytu onemocnění patrného z výsledků bylo jasné, že respondenti pod tuto položku zahrnovali všechna revmatická onemocnění či problémy s klouby. V souboru bylo 21,0 % respondentů, kteří uvedli, že jim bylo nějaké revmatické onemocnění lékařsky diagnostikováno a v době rozhovoru bylo léčeno 11,1 % všech respondentů. Podle výsledků byly ženy touto chorobou ohroženy častěji, zejména po 50. roku věku, kdy byl patrný výrazný nárůst prevalence. Ženám se základním vzděláním byla artritida diagnostikována i léčena častěji než ostatním ženám.

**Angina pectoris** je jednou z forem ischemické choroby srdeční, charakterizovanou zužováním věnčitých tepen myokardu. Projevuje se tlakem či svíravou nebo pálivou bolestí, pociťovanou v převážné většině na hrudníku. Bývá spojena s pocitem nedostatku vzduchu nebo obtížným dýcháním, často také s nevolností. Nejčastěji se bolest objevuje při námaze nebo při rozrušení. Celkem 6,1 % respondentů uvedlo, že trpělo anginou pectoris a celkem 4,8 % podstupovalo současně léčbu. Rozdíly v prevalenci ani počtu příznaků nebyly mezi muži a ženami zaznamenány. Výrazný nárůst této choroby byl od 65 let věku.

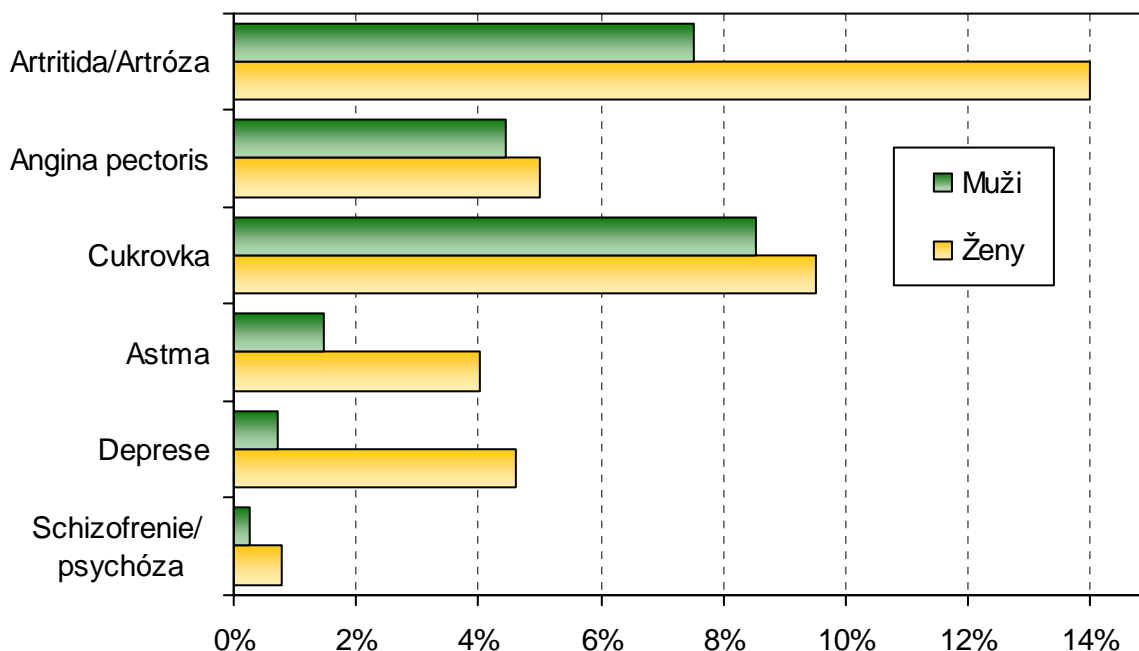
**Cukrovka** je chronické onemocnění metabolismu cukrů způsobené poruchou tvorby inzulínu ve slinivce břišní a omezení funkce tohoto hormonu. Projevuje se zvýšenou hladinou glukózy v krvi a celkově ovlivňuje přeměnu látek v organismu. Cukrovka byla lékařsky diagnostikována 10,1 % respondentů a 9,1 % všech respondentů bylo současně léčeno. Vyšší podíl současně léčených oproti všem léčeným byl způsoben tím, že při posuzování současné léčby se mělo brát v úvahu i držení speciální diety, dodržování cvičebního režimu nebo sledování tělesné hmotnosti kvůli cukrovce. Mezi muži a ženami nebyl rozdíl v prevalenci cukrovky významný. Výrazný nárůst nastal od 55 let věku. Cukrovka byla diagnostikována dvakrát častěji u mužů i žen se základním vzděláním.

**Astma** je chronické onemocnění dýchacích cest charakterizované zánětem a následným zúžením průdušek. Zúžení průdušek způsobuje otok sliznice, zvýšenou produkci hlenu a také stah hladké svaloviny průdušek. To má za následek poruchu dýchání projevující se náhlými záchvaty dušnosti spojenými se sípáním, kašlem a pocitem tlaku na hrudi. V souboru bylo 6,5 % respondentů s diagnózou astmatu a 2,9 % současně léčených. Významné rozdíly mezi muži a ženami nebyly v prevalenci diagnostikovaného astmatu ani počtu symptomů zaznamenány. Větší procento žen však bylo, alespoň podle odpovědí, léčeno. Mezi věkovými skupinami nebyly rozdíly patrné. U osob se základním vzděláním bylo astma diagnostikováno i léčeno častěji.

**Deprese** je závažná psychická porucha, která se může objevit v různých formách. Je charakterizována přinejmenším těmito čtyřmi skupinami příznaků: poruchou nálady, narušením myšlení a kognitivních funkcí, změněnou psychomotorickou aktivitou a řadou somatických projevů. O depresi se mluví tehdy, pokud se příznaky objevují po většinu dne po dobu alespoň 2 týdnů. V souboru bylo 8,7 % respondentů uvádějících diagnostikovanou depresi a 2,9 % v současnosti léčených. Diagnóza, léčba i výskyt příznaků byl zjištěn výrazně častěji u žen. S věkem přibývalo diagnostikovaných osob, trend byl patrný zejména u žen. Častěji byla deprese diagnostikována u mužů i žen, kteří měli nejvýše maturitu.

**Schizofrenie** je závažná duševní nemoc, patří mezi psychotická onemocnění. Vyznačuje se poruchami myšlení a vnímání a sníženou schopností vypořádat se s běžnou zátěží každodenního života. Diagnózu schizofrenie nebo jiné psychózy uvedlo 0,6 % všech respondentů, přičemž všichni byli v současnosti léčeni.

### Rozšíření lékařsky diagnostikovaných a v současnosti léčených chronických onemocnění u dospělé populace České republiky



Údaje o rozšíření vybraných chronických onemocnění odpovídají vcelku dobře poznatkům získaným z jiných informačních zdrojů. Alespoň jedno z vybraných chronických onemocnění bylo diagnostikováno u třetiny všech respondentů a v současnosti léčeno u pětiny respondentů. Ženy uváděly častěji alespoň jednu diagnózu i léčbu než muži. Tyto rozdíly odpovídají výsledkům jiných výzkumů, avšak automaticky nepotvrzují vyšší nemocnost žen. Pouze potvrzují vyšší využívání zdravotní péče ženami a spíše i větší ochotu o svých zdravotních problémech hovořit. Více zjistíme až hlubším rozbořením symptomatických otázek. Krizovým obdobím z hlediska výrazného zvýšení prevalence některé z vybraných chorob byl věk mezi 50 až 60 lety života. Častěji byla alespoň jedna choroba diagnostikována i léčena u žen se základním vzděláním oproti ženám s vyšším vzděláním, a to i po přihlednutí k odlišné věkové struktuře v jednotlivých vzdělanostních skupinách. U mužů nebyly rozdíly podle vzdělání patrné.

## 6.2 Léčebné intervence u dospělých

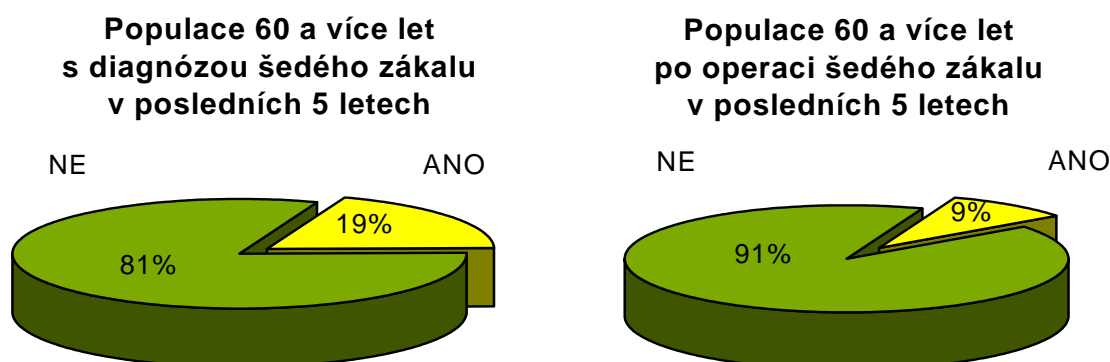
### Péče o zrak

Poškození zraku významně snižuje kvalitu života a omezuje soběstačnost postiženého člověka. Jednou z nejrozšířenějších očních vad a častou příčinou oslepnutí je šedý zákal (*katarakt*). Je to onemocnění oční čočky, při kterém postupně dochází ke ztrátě její průhlednosti a ke zhoršování zraku. Šedý zákal lze s malým rizikem a dobrými výsledky chirurgicky odstranit.

V šetření se posuzovalo, zda mají lidé postižení šedým zákalem přístup k chirurgickému zákroku vedoucímu k jeho odstranění. Otázky byly pokládány pouze osobám starším 60 let, kde je patrný výraznější nárůst rizika šedého zákalu. V dotazníku se zjišťovalo, zda měli respondenti problémy s viděním, zda a kdy podstoupili naposledy vyšetření očí a zda jim byl diagnostikován a operačně odstraněn šedý oční zákal.

V roce 2002 připadalo v České republice 385,8 hospitalizovaných kvůli kataraktu na 100 tis. obyvatel. Je to nečastější operační diagnóza s 5,9 % podílem na všech operacích. Podle výsledků šetření podstoupilo v posledních 5 letech vyšetření očí 85 % respondentů ve věku 60 a více let. Šedý zákal oční čočky byl u vyšetřených starších osob v posledních 5 letech diagnostikován ve 23 % případů (častěji u žen) a 48 % z nich podstoupilo operaci na jeho odstranění. Respondentům se symptomy šedého zákalu byl šedý zákal i častěji diagnostikován.

Symptomy kataraktu nebo její lékařská diagnóza byly zjištěny u 30 % respondentů starších 60 let, častěji se jednalo o lidi používající brýle. S vyšším věkem se zvyšoval i počet respondentů se symptomy šedého zákalu. Žen se symptomy bylo více než mužů a osob s nižším vzděláním více než osob s vyšším vzděláním. 32 % respondentů se symptomy podstoupilo operační zákrok. Žádný ze socio-demografických faktorů významně neovlivňoval to, zda byla provedena operace kataraktu v případě jejího diagnostikování nebo projevu příznaků. Výsledky naznačují, že větší šance na operaci by však mohli mít lidé v největších městech, což se ale z důvodu malého množství případů nepodařilo statisticky prokázat.



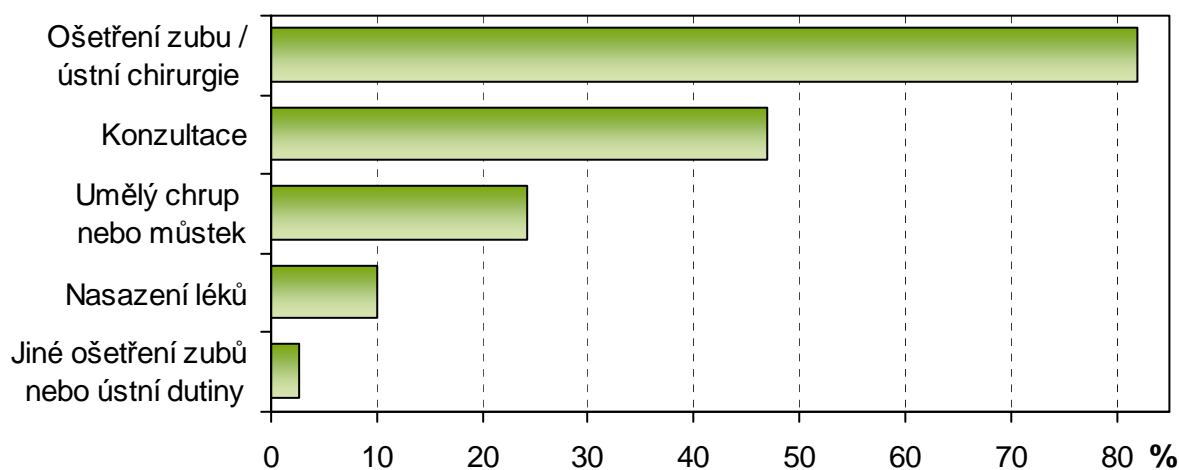
### Péče o chrup

Stomatologická péče je v České republice na vysoké úrovni a přístupná všem. Většina základní péče je kryta z veřejného zdravotního pojištění. I tak mají výdaje na stomatologickou péči nezanedbatelný podíl na celkových výdajích domácností na zdraví. Stomatologická vyšetření představovala v roce 2002 13,8 % všech ambulantních vyšetření v České republice a na každého obyvatele připadaly 2,1 návštěvy ambulantních stomatologických zařízení.

Úkolem šetření bylo identifikovat osoby mající problémy se zuby a zjistit, zda a jaká péče jim byla poskytnuta. K posouzení zdraví chrupu dospělé populace byla přidána otázka zjišťující, zda respondent přišel o všechny vlastní zuby.

Problémy se zuby nebo ústní dutinou mělo v posledních 12 měsících 43 % dospělé populace a 92 % z nich bylo v souvislosti s těmito problémy poskytnuto lékařské ošetření. Nejčastějším druhem péče bylo ošetření zubu nebo ústní chirurgie, a to u 82 % respondentů, 47 % respondentů konzultovalo nějakou záležitost ohledně zubní péče či ústní hygieny, 24 % bylo u zubaře kvůli umělému chrupu nebo můstku, 10 % byly nasazeny léky a 3 % podstoupila jiné ošetření zubů nebo ústní dutiny. U poloviny ošetření byl poskytnut pouze jeden druh péče, u třetiny ošetření dva druhy péče.

**Druh péče poskytnutý v průběhu 12 měsíců  
pacientům s problémy se zuby nebo ústní dutinou**



Výsledky zjišťování bezzubosti přinesly oproti jiným zdrojům údajů poměrně vysoké hodnoty (14 % dospělé populace bez vlastních zubů). Mezi muži a ženami nebyly nalezeny žádné rozdíly. S věkem samozřejmě podíl respondentů bez vlastních zubů výrazně rostl a u populace ve věku 65 a více let činil podíl bezzubých 44,2 %. Mezi osobami se základním vzděláním bylo daleko více bezzubých než u ostatních vzdělanostních skupin, zejména u žen. Osoby s vlastními zuby uváděly dvakrát častěji problémy s ústní dutinou než osoby bez vlastních zubů. U osob starších 60 let bez vlastních zubů platilo, že pokud již měly problémy s ústní dutinou, tak méně často navštívily lékaře. To je také hlavní důvod vyšších hodnot o bezzubosti získaných v tomto šetření, neboť ostatní statistiky čerpají většinou údaje na základě provedených stomatologických vyšetření.

Významné rozdíly v problémech se zuby mezi muži a ženami nebo mezi věkovými skupinami nebyly zaznamenány. Snad jen nejstarší respondenti měli méně často problémy (což souvisí s tím, že častěji neměli zuby). Více problémů uvedli respondenti v největších městech, zejména ženy. Podíl osob s problémy se zuby se zvyšoval s rostoucím vzděláním. Zejména rozdíl mezi osobami se základním a vysokoškolským

vzděláním byl výrazný. To bylo způsobeno i tím, že s rostoucím vzděláním klesal počet osob bez vlastních zubů a ten zase souvisel s méně častými problémy s ústní dutinou. Pokud uvažujeme pouze osoby s vlastními zuby, rozdíly se mezi vzdělanostními kategoriemi výrazně snížily a významně více problémů s chrupem oproti ostatním tak měli pouze muži vysokoškoláci.

Nejstarší respondenti a respondenti se základním vzděláním byli méně častěji ošetřováni, pokud měli problémy s chrupem. Zřejmě však odbornou pomoc méně často sami vyhledávali.

### **Péče při úrazech**

V České republice jsou vnější příčiny třetí nejčastější příčinou úmrtí (67,0 úmrtí na 100 tis. obyvatel v roce 2002). Úrazy často představují vážné ohrožení života a vyžadují rychlou a odbornou péči. Rozsah péče o zraněné osoby dokumentuje 1 798,9 hospitalizovaných na 100 tis. obyvatel a 17,4 ambulantních ošetření na 100 obyvatel v roce 2002.

Úkolem šetření bylo zjistit, zda byla zraněným účastníkům dopravních nehod nebo lidem, kteří utrpěli jiný tělesný úraz, poskytnuta včasná a odborná zdravotní péče.

#### *Péče při dopravních nehodách*

Dopravní nehoda byla blížeji specifikována jako nehoda způsobená v souvislosti s cestováním v motorovém vozidle, na motorce nebo na kole, nebo pokud byl účastníkem dopravní nehody chodec. Na dopravní nehody připadalo v České republice v roce 2002 14,6 úmrtí na 100 tis. obyvatel. Na každých 100 tis. obyvatel připadalo 298,1 hospitalizací a 1 319,3 ambulantních ošetření.

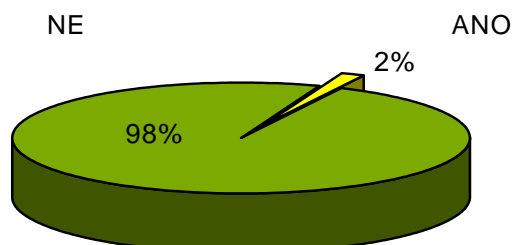
Podle výsledků šetření utrpělo za posledních 12 měsíců úraz při dopravní nehodě 1,6 % dospělých osob. Lékařskou péči si vyžádaly  $\frac{2}{3}$  úrazů a všechny byly ošetřeny ve zdravotnických zařízeních. U nehod vyžadujících lékařskou péči byla podle metodiky včasná a odborná péče (tedy péče poskytnutá do 1 hodiny od nehody ve zdravotnickém zařízení), zaznamenána v polovině případů.

#### *Péče při ostatních úrazech*

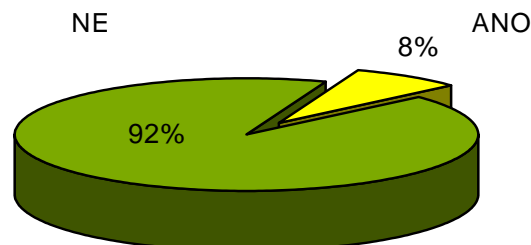
Do ostatních úrazů měla být zahrnována tělesné zranění nebo úrazy způsobené pádem, požárem, otravou, topením se ve vodě nebo střelnou zbraní, ostrou zbraní nebo násilným činem jiné osoby, jejichž následky omezovaly běžné aktivity. Z oficiálních statistik vyplývá, že ostatní poranění (jiné vnější příčiny náhodných poranění a napadení) si v České republice vyžádala v roce 2002 17,8 úmrtí na 100 tis. obyvatel a 1 260,0 hospitalizací na 100 tis. obyvatel.

Podle výsledků šetření utrpělo za posledních 12 měsíců jiný úraz než při dopravní nehodě 7,7 % osob. Lékařskou péči vyhledalo 86 % z nich. Včasná a odborná péče byla podle metodiky šetření poskytnuta 52 % respondentů, méně častěji to bylo u respondentů nad 60 let (uváděli delší dobu od úrazu po první ošetření).

**Procento dospělých s úrazem při dopravní nehodě v posledním roce**



**Procento dospělých s jiným úrazem v posledním roce**



## 6.3 Prevence u dospělých

### Prevence infekčních onemocnění

V rozvojových zemích představují infekční (přenosná) onemocnění významný podíl na nemocnosti a úmrtnosti a tento stav se u některých onemocnění nedaří odvrátit. Ačkoliv se zdravotnickým systémům ve vyspělých zemích daří účinnou prevencí výskyt infekčních onemocnění eliminovat, představují v době globalizace vysoké riziko i pro jejich občany. Do šetření byly zařazeny otázky ohledně preventivních opatření na tuberkulózu a HIV/AIDS.

#### Prevence tuberkulózy

V České republice dlouhodobě klesá počet nových případů tuberkulózy (12 případů na 100 tis. obyvatel v roce 2002) a úmrtnost na tuto chorobu je také velmi nízká (0,7 úmrtí na 100 tis. obyvatel v roce 2002) a tím patříme mezi země s nízkou zátěží tímto onemocněním.

V šetření se dvěma otázkami zjišťoval výskyt symptomů tuberkulózy v populaci a jednou otázkou rozšíření testování na tuto chorobu. Podle výsledků vykazovalo 11,2 % dospělých obyvatel alespoň jeden ze symptomů (u většiny to však byl kašel trvající déle než 3 týdny, který může být příznakem jiných nemocí). Během posledního roku byl proveden test na tuberkulózu 4,8 % osob (rozbor hlenu nebo rentgen plic). Lidé s příznaky tuberkulózy byli na tuto chorobu vyšetřeni častěji, a to v 9,7 % případů.

#### Prevence HIV/AIDS

Česká republika patří mezi státy s nízkým výskytem HIV/AIDS (za několik posledních let se pohyboval počet nových případů kolem 0,5 na 100 tis. obyvatel). Pětinu infikovaných tvoří ženy, asi 6 % těhotné ženy. Převažujícím zdrojem nákazy je pohlavní styk. V rámci prevence HIV/AIDS se v šetření sledovalo rozšíření dobrovolného testování na HIV, prevence proti přenosu HIV z matky na dítě během těhotenství a sexuální chování.



V posledním roce bylo testováno na virus HIV 8 % osob ve věku 18-49 let a 87 % z nich byl také sdělen výsledek testu. Častěji byly testovány osoby ve věku 25-34 let a ve městech nad 10 000 obyvatel.

V rámci prevence přenosu viru HIV z matky na dítě se od žen, které rodily v posledních dvou letech, zjišťovalo, zda byly během těhotenství na virus HIV testovány. Během návštěv v rámci prenatální péče v těhotenství dostalo nějaké informace nebo rady o viru HIV, který způsobuje AIDS 32 % žen. Test na HIV byl nabídnut 41 % žen a až na jednu výjimku ženy s testem souhlasily a byl jim také sdělen výsledek testu. Pokud byly kladně zodpovězeny všechny čtyři otázky, bylo poskytnutí preventivní péče v rámci přenosu HIV u těhotné ženy považováno za dostatečné. Takových žen bylo identifikováno pouze 24 %, což si lze vysvětlit tím, že testování probíhá povinně a informování budoucích matek není z důvodu nízkého rizika v naší zemi tolik zdůrazňováno.

V rámci sexuálního chování se posuzovalo, kolik osob ve věku 18-49 let mělo rizikový sexuální styk, za který byl považován poslední pohlavní styk v uplynulém roce s jinou osobou než manžel/ka nebo druh/družka. Podle této definice mělo rizikový sexuální styk 36 % osob, v převážné většině se jednalo o svobodné nebo žijící bez stálého partnera, tedy zejména mladé lidi. Při posledním sexuálním styku použilo kondom 25 % osob. Mezi osobami, které měly rizikový sexuální styk použilo kondom 36 % z nich, častěji to byli obyvatelé největších měst. Mezi sexuálně aktivními se rizikové sexuální chování (tedy rizikový sexuální styk bez použití kondomu) objevilo u 24 % osob. Z respondentů ve věku 18-49 let, ochotných hovořit o svém sexuálním životě, nebylo v posledním roce sexuálně aktivních 6,4 %.

### Prevence rakoviny u žen

Novotvary představují, hned po kardiovaskulárních onemocněních, druhou nejčastější příčinu úmrtí v České republice. U mužů se jedná nejčastěji o zhoubné novotvary průdušek a plic a u žen o zhoubné novotvary prsu. Včasné odhalení některých novotvarů a zahájení léčby může výrazně zvýšit šance na uzdravení a prodloužení života. Proto by měly být v rámci preventivní péče podporovány a prováděny screeningové programy spojené s cílenými informačními kampaněmi.

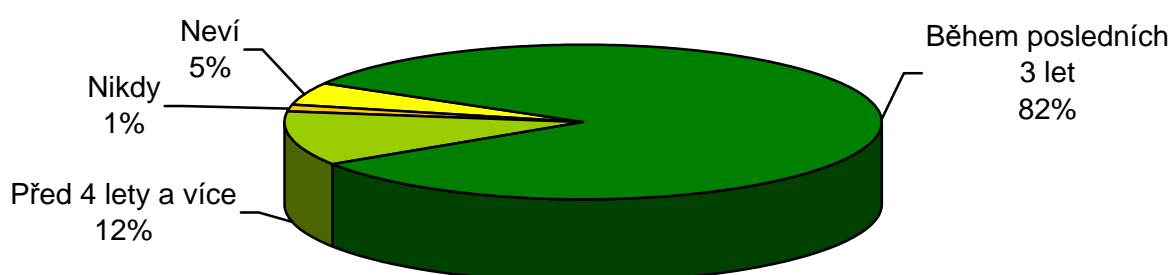
V tomto šetření se zjišťovalo fungování a využívání preventivních vyšetření u žen na rakovinu děložního hrdla a rakovinu prsu. Do dotazníku byly zařazeny otázky na provádění cervikálního výtěru (PAP cervikální test) u žen ve věku 18-69 let, který je prováděn v rámci preventivních gynekologických vyšetření na zjištění rakoviny děložního hrdla. Dále se zjišťovalo využívání mamografického vyšetření u žen ve věku 40-69 let, které umožňuje odhalení rakoviny prsu. V České republice byl zahájen screeningový program, podle kterého je jednou za dva roky hrazeno mamografické vyšetření ženám ve věku 45-69 let ze zdravotního pojištění.

#### *Prevence rakoviny děložního hrdla*

Zhoubné novotvary děložního hrdla představovaly v České republice v roce 2002 7,6 úmrtí na 100 tis. žen. V rámci prevence rakoviny děložního hrdla se zjišťovalo, kdy

byla žena naposledy na gynekologickém vyšetření a zda jí byl při tomto vyšetření proveden cervikální výtěr. Dostatečného pokrytí bylo dosaženo, pokud žena při gynekologickém vyšetření v posledních třech letech podstoupila cervikální výtěr. V posledních třech letech bylo na gynekologickém vyšetření 82 % žen, z nich 75 % byl proveden cervikální výtěr. Celkem byl cervikální výtěr v posledních třech letech proveden u 62 % všech žen v uvedeném věku (u 9 % žen to nebylo možné z neúplných odpovědí posoudit). Nejvyšší podíl byl zaznamenán ve věku 35-44 let (81 %) a nejnižší ve věku 60-69 let (39 %). Ženy alespoň s maturitou udávaly častěji návštěvu gynekologa i podstoupení tohoto vyšetření.

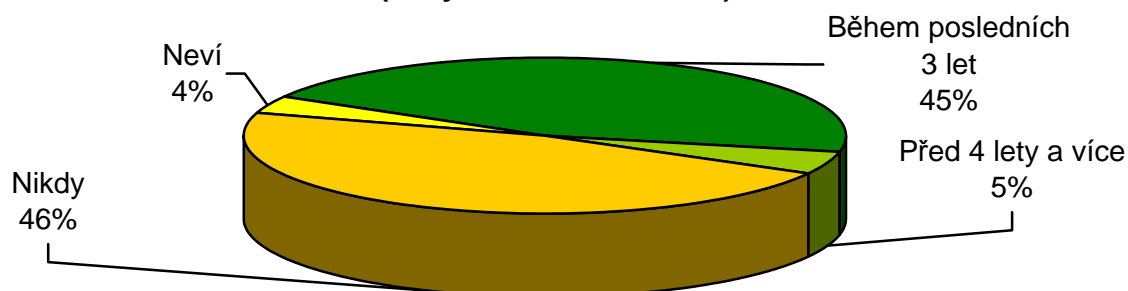
**Poslední podstoupení gynekologického vyšetření  
(ženy ve věku 18-69 let)**



#### *Prevence rakoviny prsu*

Zhoubné novotvary prsu představovaly v České republice v roce 2002 37,5 úmrtí na 100 tis. žen. Otázkou se zjišťovalo, kdy byla žena naposledy na mamografickém vyšetření. Někdy v životě podstoupila toto vyšetření polovina všech žen ve věku 40-69 let. V posledních třech letech to bylo 45 % žen. Nejvyšší podíl vyšetřených byl ve věku 50-59 let (58 %). S velikostí obce se zdá, že četnost vyšetření roste, ale rozdíly nebyly statisticky významné. S rostoucím vzděláním byl podíl vyšetřených vyšší, zejména ženy se základním vzděláním byly výrazně méně častěji na tomto vyšetření (částečně to lze jistě přidat na vrub jejich menší informovanosti o možnosti podstoupení tohoto vyšetření).

**Poslední podstoupení mamografického vyšetření  
(ženy ve věku 40-69 let)**



## 6.4 Péče o matky a malé děti

### Zdravotní péče o matky

Péči o matku a dítě je v České republice věnována velká pozornost, což dokumentuje velmi nízká úmrtnost kojenecká (4,1 úmrtí na 1 000 živě narozených v roce 2002) i mateřská (v několika posledních letech se pohybuje pod 10 úmrtími na 100 tis. živě narozených). V rámci tohoto šetření se od žen zjišťovalo, zda jim byla v průběhu těhotenství a při porodu poskytována dostatečná zdravotní péče. Otázky byly pokládány ženám ve věku 18-49 let, které rodily v posledních pěti letech.

Ze všech žen ve věku 18-49 let jich podle výsledků rodilo v posledních pěti letech 21 %. Všechny tyto ženy navštěvovaly v průběhu svého těhotenství nějaké zdravotnické zařízení a byly pod lékařským dohledem. Průměrný počet návštěv činil 13,6 (v České republice je předepsaných minimálně 10 návštěv). Všem ženám byl měřen krevní tlak a odebrána krev k laboratornímu vyšetření. Část žen uvedla, že s lékařem nemluvily o příznacích zdravotních komplikací, které mohou nastat v průběhu těhotenství a o tom, co by měly udělat, kdyby se objevily (jednalo se častěji o mladší ženy). Dostatečná péče v průběhu těhotenství (označovaná jako prenatalní nebo antenatální péče) byla podle metodiky WHO ženě poskytnuta v případě, pokud navštívila alespoň třikrát zdravotnické zařízení, bylo jí provedeno měření krevního tlaku, laboratorní vyšetření krve a dozvěděla se o komplikacích těhotenství a co dělat, pokud se tyto komplikace objeví. Dostatečná péče zjištěna u 84 % žen, častěji se to týkalo žen alespoň s maturitou.

Dalším důležitým činitelem při péči o zdraví matky jsou podmínky při porodu. Dotazníkem se zjišťovalo, které osoby se porodu účastnily a kde se porod uskutečnil. Všechny ženy v souboru, rodící v posledních pěti letech, rodily v nemocnici nebo porodnici a u jejich porodu byl vždy alespoň jeden zdravotnický odborník (tedy lékař, zdravotní sestra nebo porodní asistentka).

### Prevence a léčba malých dětí

Při plánování zdravotní politiky zaměřené na dětskou populaci je třeba vzít v úvahu některá specifika. Ztráty zdraví způsobené v dětství mají daleko větší váhu v celkovém zdraví populace, neboť očekávaná délka jejich života je oproti zbytku populace vyšší. Děti jsou v rozhodování o svém zdraví v převážné míře závislé na někom jiném, nejčastěji na rodičích. I z těchto důvodů musí být právně zajištěno a veřejně prosazováno právo dítěte na vlastní zdraví. V oblasti zdraví je možné pozitivně hodnotit vysoký standard preventivní i léčebné péče o děti v České republice, který vychází z dlouholeté tradice specializované pediatrické péče, v posledních letech doprovázené výrazným nárůstem nejnovějších lékařských technologií.

V této části by měla být hodnocena úroveň pokrytí zdravotní preventivní a léčebnou péčí u dětí do pěti let. V preventivní části se zjišťovalo rozšíření dvou typů očkování a v léčebné části okolnosti poskytované péče při poslední nemoci nejmladšího dítěte. Na otázky v této sekci odpovídali všichni respondenti, kteří žili v domácnostech s dětmi do pěti

let věku, bez ohledu na příbuzenský vztah k dítěti. Děti do 5 let věku se nacházely v 10 % ze všech vybraných domácností.

#### *Preventivní péče*

Očkování patří mezi vysoce účinné nástroje prevence závažných onemocnění. V České republice má celoplošné očkování dlouholetou tradici. Očkování proti vybraným onemocněním je ze zákona povinné a hradí je stát. Naprostá většina dětí je proto v současnosti očkována proti tuberkulóze, záškrtu, tetanu a dávivému kašli, zarděnkám, spalničkám, příušnicím a proti dětské obrně a nově také proti hemofilu influence.

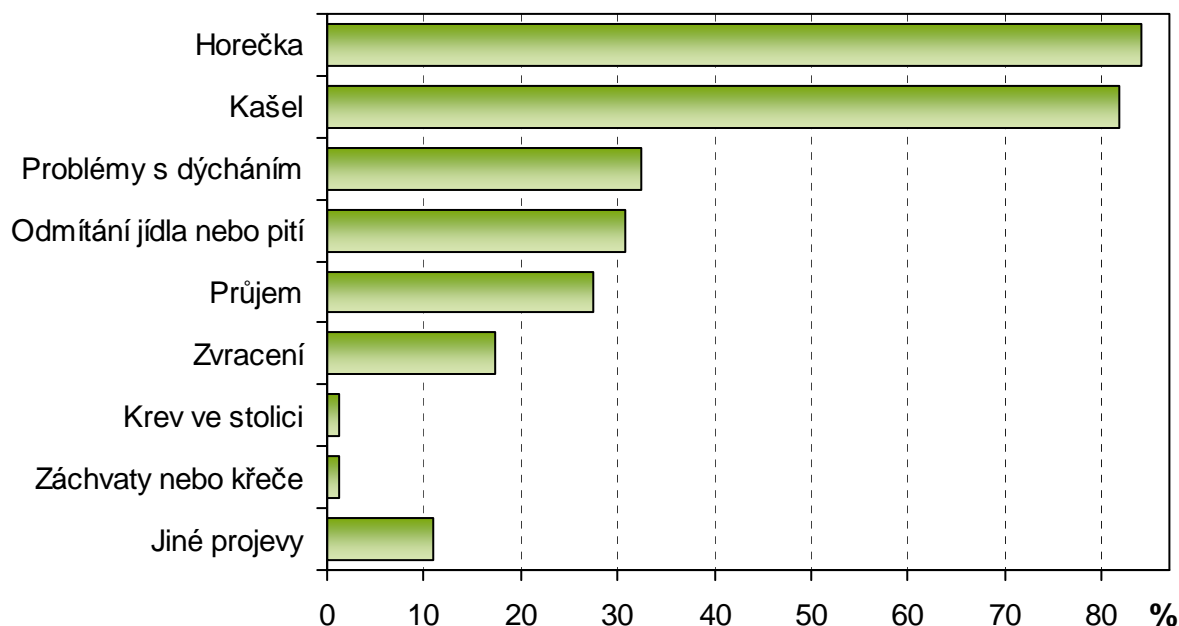
Do Světového šetření o zdraví bylo zahrnuto zjišťování očkování proti záškrtu, tetanu a dávivému kašli (DTP) a spalničkám. Oficiální zdroje uvádějí za poslední roky 98% očkovanost dětí proti záškrtu, tetanu a dávivému kašli a 97% očkovanost proti spalničkám. Z výsledků šetření vyplývá, že každé dítě má očkovací průkaz a nějaké očkování podstoupilo 95 % dětí ve věku od 1 do 5 let. Detailnější analýza výsledků ukázala, že v takovémto šetření nelze získat věrohodnější a hlubší údaje o pokrytí očkováním než z oficiálních zdrojů.

#### *Léčebná péče*

Světové šetření o zdraví se zaměřilo na dvě specifické oblasti léčby malých dětí. Jednak šlo o posouzení, zda je nemocným dětem poskytována včasná a odborná lékařská péče. Druhým úkolem bylo ověřit, jak je při domácím léčení malých dětí dodržován dostatečný přísun tekutin a jídla, což jsou podmínky významně ovlivňující průběh některých nemocí.

Nejprve byla dotazována doba od poslední nemoci dítěte a jaké byly projevy nemoci. Za poslední měsíc do provedení rozhovorů stonalo 38 % malých dětí. Naopak nikdy během života nestonalo 16 % dětí. Četnost výskytu jednotlivých projevů během poslední nemoci dítěte byla: horečka (83 %), kašel (82 %), obtížné nebo zrychlené dýchání (34 %), odmítání jídla nebo pití, resp. neschopnost jíst nebo pít (32 %), průjem (27 %), zvracení (18 %), jiné příznaky (11 %), krev ve stolici (1 %) a záchvaty nebo křeče (1 %).

## Výskyt projevů nemocí u dětí do 5 let



Včasné a odborné poskytnutí zdravotní péče (tedy ošetření do 24 hod od prvních projevů příznaků nemoci kvalifikovaným zdravotnickým pracovníkem) se u nemocných malých dětí posuzovalo na základě vybraných závažnějších projevů nemoci (obtížné dýchání, krev ve stolici, zvracení, odmítání jídla nebo pití, záchvaty nebo křeče). Některý z uvedených příznaků se projevil u 54 % nemocných dětí. S některým z uvedených příznaků bylo ve zdravotnickém zařízení 86 % dětí. Podle metodiky se adekvátního ošetření dostalo 68 % dětí. Polovina ostatních dětí vůbec nebyla ve zdravotnickém zařízení a zbylým dětem byla péče poskytnuta až po 24 hodinách. Tento relativně neuspokojivý výsledek lze připsat alespoň z části na vrub metodice, která nepočítá s hodnocením závažnosti příznaků a z toho vyplývající potřeby lékařského ošetření. Výsledky by však mohly být lépe vypovídající v mezinárodním srovnání.

Dále byla posuzována domácí péče o nemocné děti, kdy je důležité dbát, například u průjemových onemocnění, na zvýšený přísun tekutin a alespoň stejný přísun jídla jako v době, kdy je dítě zdravé. Více tekutin dostávalo 41 % nemocných dětí a dalších 45 % stejné množství tekutin. Více nebo stejně jídla než obvykle dostávalo 28 % dětí. V úhrnu mělo podle metodiky WHO dostatečný přísun tekutin a jídla pouze 10 % dětí, což opět spíše ukazuje na metodický problém zjišťování a vyhodnocování, než na špatnou péči o nemocné děti v naší zemi.

## 7. VSTŘÍCNOST ZDRAVOTNICKÉHO SYSTÉMU

- Jak hodnotíme fungování zdravotnictví a své zapojení do rozhodování o něm?
- Existuje u nás diskriminace v poskytování zdravotní péče?
- Je zdravotnický systém k některým skupinám obyvatel vstřícnější než k jiným?

Při kontaktech lidí se zdravotnickým systémem by měla být respektována jejich lidská práva. Proto WHO uvažuje také vstřícnost jako další z cílů zdravotnického systému. Sledováním vstřícnosti se zjišťuje, co se děje, když jsou ve vzájemném kontaktu zdravotnický systém a občan. Vstřícnost vyjadřuje míru úcty k pacientovi a míru zaměření se na jeho potřeby. Posuzovány jsou pouze nemedicínské aspekty léčby a důraz je kladen na eliminaci vlivu subjektivních očekávání při hodnocení vstřícnosti. I tyto podmínky, za nichž jsou zdravotnické služby poskytovány, mohou celkový výsledek léčby do jisté míry ovlivnit.

Vstřícnost je chápána jako mnohorozměrný koncept a pro účely tohoto šetření bylo definováno a zjišťováno osm jejích základních atributů. Ve sféře úcty k člověku to byly: *důstojné zacházení* (důstojnost), *důvěrnost osobních údajů* (důvěrnost), *srozumitelná komunikace* (komunikace), *samostatnost při rozhodování* (samostatnost); a ve sféře orientace na klienta pak: *rychlá dostupnost péče* (dostupnost), *volba poskytovatele péče* (volba), *kvalita prostředí a základního vybavení* (prostředí), *sociální podpora* (podpora).

Obecně je zdravotnický systém při posuzování vstřícnosti představován organizacemi a zařízeními, označovanými jako poskytovatelé zdravotní péče, jejichž primárním cílem je zlepšování zdraví populace. V šetření byla za poskytovatele považována zdravotnická zařízení, respektive jejich zdravotničtí pracovníci, tedy lékaři, zdravotní sestry a další. Vstřícnost byla sledována odděleně v segmentech ambulantní a lůžkové péče.

Vstřícnost vychází ze zkušeností lidí, takže důležitou roli zde hraje rozsah využívání zdravotní péče a faktory, které ho ovlivňují. Využívání péče je pro potřeby tohoto šetření sledováno převážně v rámci tématu pokrytí zdravotnickými službami, kde se sleduje, zda lidé s určitou zdravotní potřebou obdrželi adekvátní péči. Při hodnocení vstřícnosti je důležité posoudit, zda důvody vyloučení z péče náhodou nesouvisejí se vstřícností a případně jak. Takovými případy může být například nevyhledání péče z důvodu omezeného výběru poskytovatelů zdravotní péče nebo dlouhých čekacích dob.

Vstřícnost byla v šetření zasazena do širšího kontextu fungování zdravotnictví. Posuzovány tak byly kromě vstřícnosti i potřeby zdravotní péče v domácnosti (jakou péči lidé naposledy potřebovali, zda a jaké péče se jim dostalo, případně proč jim nebyla poskytnuta). Dále byla hodnocena spokojenost s fungováním zdravotnického systému, s činností zdravotnických organizací a se zapojením do rozhodování o zdravotní péči. Spolu s hodnocením jednotlivých aspektů vstřícnosti a jejich důležitosti byly v segmentu ambulantní a lůžkové péče hodnoceny také okolnosti poskytnuté péče a charakteristika poskytovatele, hodnocení některých medicínských aspektů léčby, doprava k poskytovateli, platby za poskytnutou péči a důvody případné diskriminace při léčbě.

### Vymezení atributů vstřícnosti zdravotnického systému

<b>DŮSTOJNOST</b> (Důstojné zacházení)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• pacientovi je projeována úcta a dostatečná pozornost</li> <li>• při vyšetření či léčbě je brán ohled na soukromí pacienta</li> </ul>
<b>DŮVĚRNOST</b> (Důvěrnost osobních údajů)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• záznamy o zdravotním stavu jsou udržovány v tajnosti a bez souhlasu pacienta k nim nemá přístup cizí osoba</li> <li>• rozhovor pacienta se zdravotníkem nemohou poslouchat cizí osoby</li> </ul>
<b>KOMUNIKACE</b> (Srozumitelná komunikace)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• poskytovatel pacientovi vysvětlí vše tak, že tomu rozumí</li> <li>• pacient má čas zeptat se na to, co ho zajímá</li> </ul>
<b>SAMOSTATNOST</b> (Samostatnost při rozhodování)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• pacient má právo rozhodovat o vlastní léčbě (včetně odmítnutí léčby), pokud chce</li> <li>• dostatek informací a možnost mluvit o jiných způsobech nebo režimech léčby</li> <li>• poskytovatel pacienta požádá o svolení před tím, než zahájí léčbu nebo vyšetření</li> </ul>
<b>DOSTUPNOST</b> (Rychlá dostupnost péče)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• přiměřená vzdálenost a doba přepravy k poskytovateli zdravotní péče</li> <li>• krátké objednací doby na vyšetření nebo léčbu (včetně neakutních operací)</li> <li>• krátké čekací doby na vyšetření u poskytovatele a vyšetření jsou prováděna bez zbytečných průtahů</li> </ul>
<b>VOLBA</b> (Volba poskytovatele péče)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• mít možnost zvolit si lékaře nebo zdravotnické zařízení</li> <li>• možnost konzultovat léčbu s více poskytovateli zdravotní péče</li> </ul>
<b>PROSTŘEDÍ</b> (Kvalita prostředí a základního vybavení)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• čisté prostředí (včetně toalet) a dostatečné větrání</li> <li>• prostornost a odpovídající vybavení</li> <li>• zdravé a požitelné jídlo</li> </ul>
<b>PODPORA</b> (Sociální podpora)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• dostatek příležitostí ke kontaktům s příbuznými a přáteli při pobytu ve zdravotnickém zařízení</li> <li>• možnost být v kontaktu s okolním světem a mít přístup k informacím z vnějšku</li> <li>• dobrá spolupráce zdravotnického personálu s rodinou pacienta</li> </ul>

## 7.1 Důležitost atributů vstřícnosti

Vyjít vstříc představám občanů ohledně podmínek a prostředí poskytovaných zdravotnických služeb vyžaduje mít poznatky o tom, jaká hlediska považují občané za více a za méně důležitá. Proto se v šetření nejprve zjišťovalo, jakou důležitost respondenti přiřadají každému z osmi atributů vstřícnosti.

**Důležitost jednotlivých atributů vstřícnosti zdravotnictví (v %)**

Atribut vstřícnosti	Nesmírně důležitě	Velmi důležitě	Středně důležitě	Málo důležitě / nedůležitě	Pořadí důležitosti
<b>Komunikace</b>	50,9	41,9	6,4	0,8	1
<b>Důvěrnost</b>	49,6	35,0	11,6	3,8	2
<b>Důstojnost</b>	43,9	46,3	9,1	0,8	3
<b>Podpora</b>	39,8	46,8	12,4	1,1	4
<b>Prostředí</b>	33,6	49,7	15,5	1,2	5
<b>Dostupnost</b>	32,9	44,9	19,4	2,8	6
<b>Samostatnost</b>	27,1	44,7	22,4	5,8	7
<b>Volba</b>	25,2	45,3	24,3	5,2	8

Nejdůležitějším atributem byla podle hodnocení respondentů srozumitelná komunikace, následovaná důvěrností osobních údajů a důstojným zacházením. Za nejméně důležitý považovali respondenti volbu poskytovatele a samostatnost při rozhodování o léčbě. Způsob zjišťování důležitosti atributů má pro výsledné pořadí dosti zásadní význam, jak ukazuje srovnání s výsledky testovacího šetření. V něm totiž byla za nejdůležitější atribut považována rychlá dostupnost péče a za nejméně důležitý sociální podpora.

Z výsledků hodnocení důležitosti atributů mezi různými skupinami obyvatel vyplývá, že ve srovnání s ostatními skupinami přiřadily celkově větší důležitost atributům ženy (kromě rychlé dostupnosti), dále osoby do 60 let (kromě rychlé dostupnosti a důstojného zacházení), vysokoškoláci (zejména u volby poskytovatele a samostatnosti při rozhodování) a u samostatnosti při rozhodování ještě obyvatelé v obcích do 50 000 obyvatel.

Každému atributu lze dále přiřadit pořadí či váhu důležitosti. Ženy a osoby nad 60 let řadily na vyšší příčku důležitosti důstojné zacházení. Důvěrnost osobních údajů řadily výše osoby do 45 let. Muži kladli výše rychlou dostupnost péče než ženy. Lidé do 45 let a v obcích do 10 000 obyvatel považovali za důležitější samostatnost při rozhodování.



## 7.2 Hodnocení zdravotnického systému

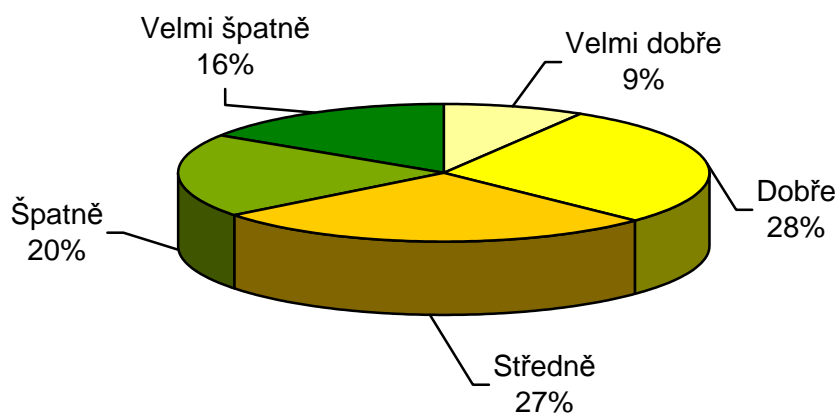
Některé údaje o fungování zdravotnictví nelze získat jiným způsobem než přímo od obyvatel, tedy od spotřebitelů služeb zdravotní péče. Jde například o zjišťování zdravotních potřeb a jejich uspokojování, případně rozsah a důvody nevyužívání péče.

V šetření se sledovala poslední potřeba zdravotní péče respondenta nebo jeho dítěte do 12 let věku. V 87 % se poslední potřeba péče týkala respondenta samotného. Naposledy to bylo ve 40 % případů v posledním měsíci a v dalších 44 % v posledním roce. Necelé 1 % respondentů nebo jejich dětí nepotřebovalo nikdy zdravotní péči. Na otázku, z kolika poskytovatelů si mohli respondenti vybrat, když naposledy péči potřebovali, uváděli v 70 % případů jednoho poskytovatele. Vypovídací schopnost tohoto ukazatele je však sporná, zejména pro mezinárodní srovnání (čemuž nasvědčuje i vysoký podíl neuvedených odpovědí). Zatímco nejčastějším důvodem pro vyhledání zdravotní péče byly u dospělých ostatní důvody (43 %), následovala zubní péče (18 %) a zvýšená teplota, průjem nebo kašel (15 %), u dětí to byla teplota, průjem nebo kašel (63 %), následovaná ostatními důvody (14 %) a očkováním (11 %).

Méně než 1 % respondentů uvedlo, že když naposledy potřebovali zdravotní péči, tak jim nebyla poskytnuta. Mezi důvody nevyužití zdravotní péče byly uvedeny předchozí špatná léčba, bezradnost při výběru poskytovatele, odmítnutí poskytovatele péči poskytnout a jiné důvody. Většinu obyvatel v naší zemi požadujícím zdravotní péči je tedy péče následně poskytnuta. Poslední návštěva byla v 85 % případů v ordinaci ambulantního lékaře, v 11 % případů na lůžku v nemocnici a ve zbývajících 4 % u pacienta doma. Léky byly předepsány 70 % respondentů a téměř všichni si je byli schopni všechny opatřit.

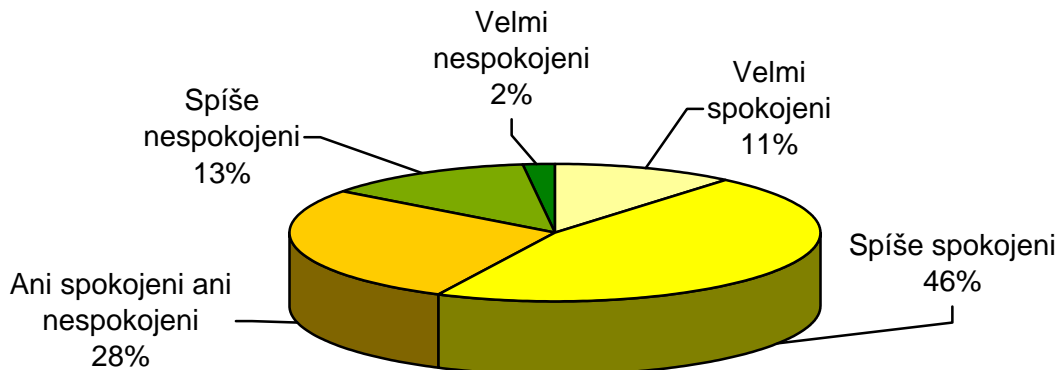
Přiblížit zdravotnictví potřebám občanů lze zajistit jejich zapojením do rozhodování o tom, jaká zdravotní péče a kde bude poskytována. Velmi dobře nebo dobře hodnotilo zapojení do rozhodování o péči v naší zemi 37 % respondentů, špatně nebo velmi špatně pak 36 % respondentů. Mezi muži a ženami nebyly zjištěny žádné rozdíly. Spokojenost se zapojením mírně vzrůstala s věkem respondentů. Osoby s vysokoškolským vzděláním byly oproti ostatním mírně spokojenější. Velikost bydliště nehrála v hodnocení žádnou roli.

### Hodnocení zapojení obyvatel České republiky do rozhodování o zdravotní péči



Další otázkou se zjišťovala spokojenost se způsobem, jakým v naší zemi fungují zdravotnické služby, tedy celková spokojenost se zdravotnickým systémem. Velmi spokojeno bylo 11 % respondentů naopak 2 % respondentů byla velmi nespokojena. Pohlaví, velikost obce ani vzdělání, neměly na hodnocení spokojenosti žádný vliv. Více spokojeny byly osoby starší 60 let.

### Spokojenost obyvatel s fungováním zdravotnických služeb v České republice



Širší sociální zasazení obou ukazatelů dokumentuje i jejich vztah k obecným celospolečenským podmínkám k životu. Lidé špatně hodnotící zapojení do rozhodování o zdravotní péči a fungování zdravotnictví měli nižší důvěru v centrální vládu i místní úřady a hodnotili hůře možnost působit na úřady nebo svobodu slova v naší zemi.

V kontaktu se zdravotnickými organizacemi nebo úřady byla asi polovina obyvatel, z nichž 12 % uvedlo v té souvislosti nějaké těžkosti. Problémy s osvobozením od platby nebo poskytnutím slevy na zdravotní péči uvedla 4 % z nich, s vyhotovením nebo vyplněním své žádosti pro zdravotní pojišťovnu (například s převedením k jiné zdravotní pojišťovně) 3 %, se zjišťováním, na co měli ze zdravotního pojištění nárok 7 % a se získáním úhrady od zdravotní pojišťovny 5 % respondentů.

### 7.3 Vstřícnost ve vybraných oblastech

Měření vstřícnosti by mělo přinést dosud nepříliš známé údaje o zkušenostech lidí s poskytovateli zdravotní péče, ale představuje i velikou výzvu pro posouzení nové metodiky zjišťování a vyhodnocování údajů. Pokud bychom předpokládali rovný přístup a podmínky poskytování zdravotní péče pro všechny obyvatele, potom bychom neměli ve výsledcích pozorovat žádné výrazné rozdíly ve vstřícnosti. Uvažujeme-li jednotlivé aspekty vstřícnosti, není zřejmě důvod očekávat rozdíly ve vstřícnosti zdravotnictví mezi muži a ženami. Zajímavé by však mohlo být hodnocení vstřícnosti vzhledem ke zdravotnímu stavu nebo věku, jeho silné determinantě. S rostoucím věkem se zhoršuje zdravotní stav a lidé tak mají častější a hlubší zkušenosti se zdravotnickými službami. Za úvahu by jistě také stálo posoudit vstřícnost mezi různými zdravotními intervencemi nebo skupinami poskytovatelů. Při současné převaze veřejných zdrojů ve financování zdravotnictví a relativně menší možnosti výběru zdravotní péče (což není možné bez posouzení dalších souvislostí hodnotit negativně) nelze očekávat propastné rozdíly ve vstřícnosti mezi různými socio-ekonomickými skupinami domácností. Socio-ekonomický status by se tak mohl prosazovat prostřednictvím kontaktů a známostí, případně prostřednictvím těžko identifikovatelných neformálních plateb ve zdravotnictví.

**Metodický rámeček: Zjišťování a výpočet ukazatelů vstřícnosti**

Vstřícnost zdravotnického systému byla zjišťována buď za segment ambulantní nebo lůžkové péče. Pokud pobýval respondent nebo jeho dítě do 12 let věku v posledních pěti letech v lůžkovém zdravotnickém zařízení, tak byly zodpovídány otázky na úroveň služeb v lůžkových zařízeních. Pokud to neplatilo, ale respondent nebo jeho dítě do 12 let věku navštívili v posledním roce ambulantní zdravotnické zařízení nebo jim byla poskytnuta péče doma, pak byly zodpovídány otázky na úroveň ambulantní péče. Vyplněna tak byla vždy pouze jedna část dotazníku a přednost byla dána lůžkové péči. Každý z osmi atributů byl zjišťován dvěma otázkami (kromě volby poskytovatele péče) na pětibodové škále odpovědí: velmi dobře, dobře, středně, špatně, velmi špatně. Hodnocena měla být poslední návštěva u poskytovatele.

Pro zajištění lepší srovnatelnosti výsledků byly do dotazníku přidány viněty vstřícnosti zdravotnického systému a použit statistický model CHOPIT, pomocí něhož lze korigovat vliv subjektivních očekávání při hodnocení vstřícnosti (podrobněji viz Příloha 2). Za možné faktory způsobující rozdílná očekávání byly do modelu přidány pohlaví, věk, vzdělání, velikost obce a subjektivní vnímání zdraví.

Očištěné hodnoty vstřícnosti byly poté normalizovány na interval 0-100 (nejhorší vstřícnosti, definované hodnotou 1% kvantilu očištěných hodnot, byla přiřazena hodnota 0 a nejlepší vstřícnosti, definované hodnotou 99% kvantilu, byla přiřazena hodnota 100). Pro dosažení lepší srovnatelnosti mezi oblastmi vstřícnosti se hodnoty ukazatelů přepočítaly tak, aby průměry očištěných ukazatelů u jednotlivých oblastí vstřícnosti byly ve stejném vzájemném poměru jako průměry původních ukazatelů. Pro segment ambulantní i lůžkové péče byly vypočteny souhrnné ukazatele vstřícnosti, kde jako váhy posloužila důležitost, kterou respondenti jednotlivým atributům přikládali.

Nerovnost v každé oblasti vstřícnosti byla charakterizována variačním koeficientem, který je definován jako poměr směrodatné odchylky k aritmetickému průměru a vyjádřen v procentech.

Zkušenost s lůžkovou péčí mělo v posledních pěti letech 43 % respondentů (z toho se 9 % týkalo léčby dítěte respondenta), pouze s ambulantní péčí v posledním roce 45 % respondentů (z toho se 4 % týkala dítěte respondenta) a s žádným typem péče, ve zjišťovaných časových obdobích, zbývajících 12 % respondentů.

**Ambulantní péče**

Pod ambulantní péčí byla zahrnuta péče jiná než pobyt přes noc na lůžku a šlo buď o případ, kdy respondent kvůli svému zdraví nebo se svým dítětem navštívil ambulantního zdravotníka ve zdravotnickém zařízení, nebo když zdravotník navštívil pacienta doma. Nejčastěji ze všech ambulantních zdravotníků byli respondenti v kontaktu s lékařem (v 79 % případů) a dále se zubařem (ve 20 % případů). Podle respondentů byla právní forma naposledy navštíveného zdravotnického zařízení v 77 % soukromá a ve 23 % se jednalo o veřejně spravované zařízení. V 53 % případů byla ošetřujícím lékařem žena. Tyto údaje odpovídají údajům z oficiálních statistik ÚZIS ČR. K poskytovali se 40 %

respondentů dopravilo pěšky, 30 % soukromým automobilem nebo motocyklem a 24 % veřejnou dopravou. Cesta k poskytovateli trvala respondentům v průměru 22 minut.

V souvislosti s návštěvou ambulantního lékaře byly sledovány výdaje za poskytnutou péči. Platbu poskytovateli zdravotní péče uvedlo 6 % respondentů, průměrně placená částka byla 1 693 Kč a týkala se většinou návštěvy u zubaře. Ve většině případů nešlo zřejmě o poplatek za provedení stomatologického zákroku, ale spíše za použití nadstandardního zubního materiálu či náhrady. Zhruba ¾ respondentů byly v souvislosti s návštěvou ambulantního lékaře poskytnuty léky (zahrnuty sem byly i recepty, na něž se doplácelo až v lékárně), z nich si zhruba 46 % připlácelo průměrnou částkou 184 Kč. Asi 40 % osob byly provedeny nějaké testy, přičemž všechny byly provedeny zdarma (respektive byly uhrazeny z veřejného zdravotního pojištění). Platby za dopravu k lékaři souvisely s použitím vlastního auta nebo motorky, případně veřejné dopravy (je tedy ke zvážení, zda takové výdaje zahrnovat do výdajů na zdraví). Výdaje spojené s dopravou uvedlo 10 % respondentů v průměrné výši 35 Kč. Poskytnutí jiného zdravotnického zboží či služeb uvedlo 46 % respondentů, z nich 7 % uvedlo nějaké výdaje v průměrné výši 512 Kč (opět uváděno spíše při návštěvě zubaře). V souvislosti s ambulantní péčí si celkově připlácelo 45 % respondentů v průměru 385 Kč (165 Kč u lékaře a 1 365 Kč u zubaře). Na každou osobu, které byla poskytnuta ambulantní péče tak připadala částka 175 Kč.

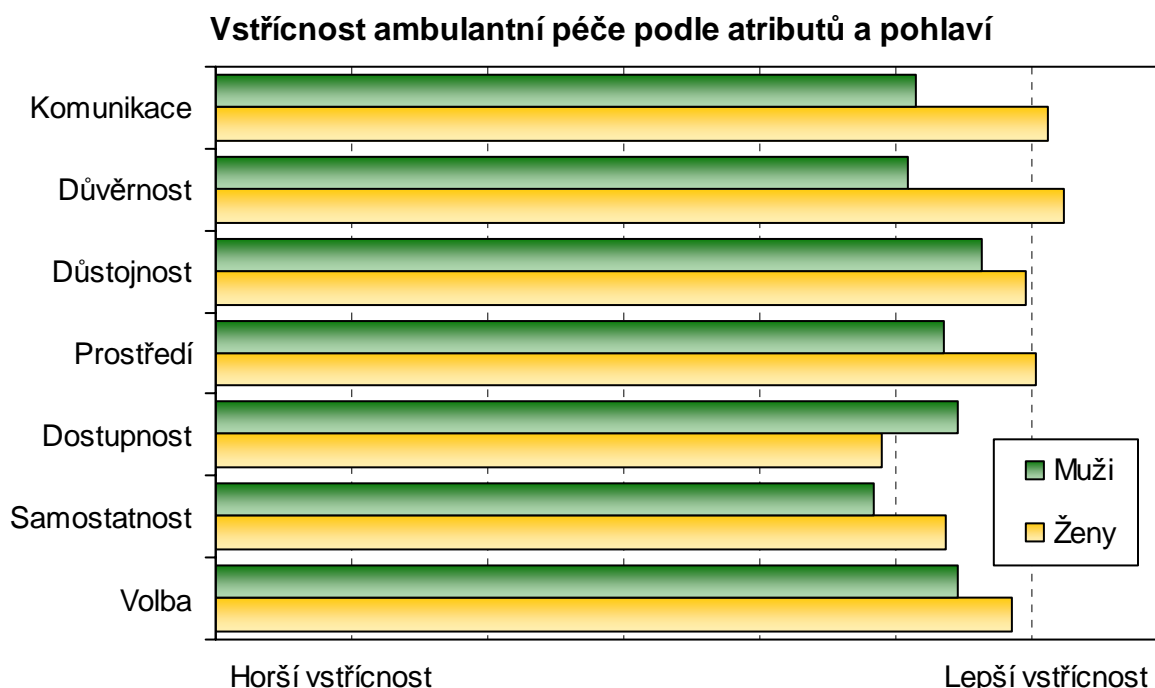
Více než 98 % respondentů považovalo odborné dovednosti poskytovatele zdravotní péče, vybavení i množství léků za dostatečné pro svou léčbu. Asi 1 % respondentů uvedlo, že bylo kvůli nedostatku peněz nebo sociální skupině léčeno hůře.

#### Hodnocení jednotlivých aspektů vstřícnosti u ambulantní péče (v %)

Atribut vstřícnosti		dobře	středně	špatně
<b>Komunikace</b>	Srozumitelné vysvětlování	90,9	8,2	1,0
	Dostatek času na otázky	87,5	9,3	3,2
<b>Důvěrnost</b>	Rozhovory v soukromí	86,5	9,9	3,6
	Utajení osobních údajů	93,8	4,4	1,8
<b>Důstojnost</b>	Přijetí a ohleduplné jednání	93,5	5,8	0,7
	Soukromí při vyšetření	94,2	3,6	2,2
<b>Prostředí</b>	Čistota místností	95,9	3,4	0,7
	Dostatek prostoru	83,1	14,5	2,4
<b>Dostupnost</b>	Délka cestování za péčí	89,4	9,4	1,2
	Doba čekání na péči	72,0	19,6	8,4
<b>Samostatnost</b>	Informace o možnostech léčby	79,5	15,3	5,3
	Spolurozhodování o léčbě	75,1	18,1	6,8
<b>Volba</b>	Volba poskytovatele	86,7	9,7	3,7

Mezi jednotlivými atributy vstřícnosti u ambulantní péče hodnotili respondenti nejlépe důstojné zacházení a nejhůře dostupnost péče a samostatnost při rozhodování. Ženy hodnotily u ambulantní péče lépe komunikaci, kvalitu prostředí a důvěrnost údajů.

Důstojné zacházení hodnotily hůře osoby do 30 let a lépe osoby nad 60 let. Důvěrnost osobních údajů a srozumitelnou komunikaci hodnotili hůře lidé do 45 let. Obyvatelé nejmenších obcí považovali za horší srozumitelnou komunikaci, volbu poskytovatele a důstojné zacházení. Samostatnost při rozhodování hodnotili hůře obyvatelé v obcích do 2 tis. obyvatel a obcí s 10-50 tis. obyvateli. Některé rozdíly se po očištění od vlivu subjektivních očekávání projevily podle vzdělání. Vysokoškoláci hodnotili lépe samostatnost při rozhodování a volbu poskytovatele, naopak hůře kvalitu prostředí a důvěrnost údajů. Pokud někdo z domácnosti pracoval ve zdravotnictví, pak respondent hodnotil lépe komunikaci, důvěrnost, důstojnost a dostupnost péče, tedy atributy považované spíše za důležitější.



### Lůžková péče

Pod lůžkovou péčí byly zahrnuty pobyty respondentů kvůli svému zdravotnímu stavu nebo zdraví vlastních dětí přes noc v nemocnici nebo jiném zdravotnickém zařízení dlouhodobé péče. Naposledy byla respondentům lůžková péče poskytnuta v 88 % případů ve veřejně spravovaném zařízení. V 7 % případů se jednalo o léčbu podstupenou v posledním měsíci, za poslední rok to bylo celkem 39 % všech léčených na lůžku. Jako důvod léčby uvedlo 23 % respondentů malý chirurgický zákrok (který však nebyl nijak dále vymezen), 10 % porod, 8 % tělesné zranění a 8 % chorobu srdce, ale 43 % respondentů uvedlo jiný důvod, než některý z nabízených. V lůžkovém zařízení strávilo 1-2 dny 9 % respondentů nebo jejich dětí, 3-5 dní 33 %, 6-14 dní 45 % a více než dva týdny 13 % respondentů. V průměru byli s respondentem na stejném pokoji 3 další pacienti. Do zařízení se dopravilo 55 % respondentů soukromým automobilem nebo motocyklem, 22 %

sanitkou a 16 % veřejnou dopravou. Cesta k poskytovateli trvala v průměru 31 minut. 70 % respondentů uvedlo, že byli do nemocnice přijati týž den, kdy péči potřebovali, dalších 24 % do 1 měsíce a zbylých 6 % déle než po jednom měsíci.

Také v souvislosti s pobytem v lůžkových zařízeních byly sledovány různé druhy plateb. Poplatek lékařům neuvedl žádný z respondentů. Léky byly poskytnuty 84 % respondentů, z nich 97 % nic nepřiplácelo, což odpovídá podmínkám léčby v našich lůžkových zařízeních, kdy jsou léky zpravidla plně hrazeny ze zdravotního pojištění. To se týkalo i zdravotních testů, které byly provedeny asi 65 % respondentům. Platby za dopravu do zařízení souvisely většinou s použitím vlastního auta či motorky nebo veřejné dopravy (platbu za použití sanitky uvedl jeden respondent). Nějaké výdaje spojené s dopravou uvedlo 15 % respondentů, v průměru to bylo 102 Kč. Poskytnutí jiného zboží či služeb uvedlo 62 % respondentů, z toho 11 % uvedlo výdaje s nimi související, které v průměru činily 1 174 Kč (jednalo se zřejmě o některé nadstandardní služby netýkající se přímo léčby). Výdaje související s pobytem v lůžkovém zařízení mělo celkem 16 % respondentů, které v průměru dosahovaly částky 572 Kč. Na každou hospitalizovanou osobu tak připadaly výdaje 93 Kč.

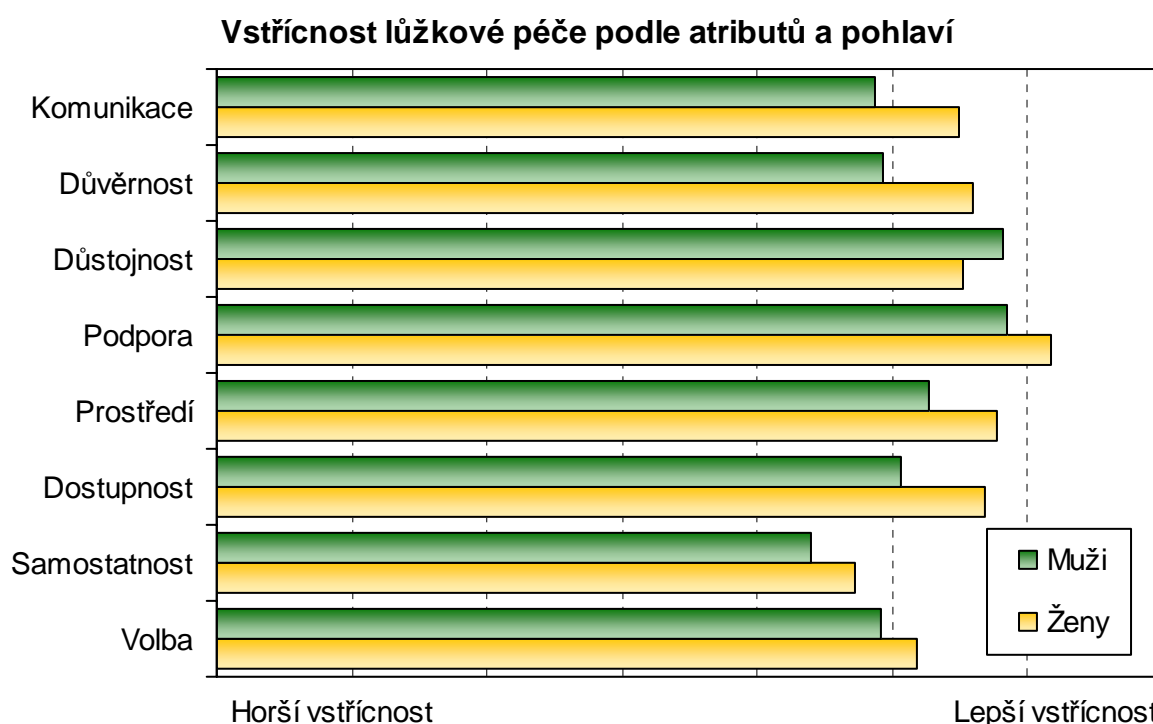
Podle více než 94 % respondentů byly odborné dovednosti zdravotníků v lůžkových zařízeních, vybavení i množství léků pro jejich léčbu dostatečné. Necelých 5 % respondentů uvedlo, že byli léčeni hůře, přičemž vícekrát byl jako důvod uveden věk.

#### Hodnocení jednotlivých aspektů vstřícnosti u lůžkové péče (v %)

Atribut vstřícnosti		dobře	středně	špatně
<b>Komunikace</b>	Srozumitelné vysvětlování	80,2	15,4	4,4
	Dostatek času na otázky	75,0	16,7	8,3
<b>Důvěrnost</b>	Rozhovory v soukromí	74,5	17,3	8,3
	Utajení osobních údajů	89,8	8,0	2,2
<b>Důstojnost</b>	Přijetí a ohleduplné jednání	90,2	8,6	1,3
	Soukromí při vyšetření	85,6	11,1	3,3
<b>Podpora</b>	Návštěvy známých	94,6	4,4	1,0
	Kontakty s okolím	90,1	6,8	3,1
<b>Prostředí</b>	Čistota místností	87,1	10,6	2,3
	Dostatek prostoru	81,4	13,7	4,9
<b>Dostupnost</b>	Délka cestování za péčí	84,8	11,3	3,9
	Doba čekání na péči	82,0	13,0	5,0
<b>Samostatnost</b>	Informace o možnostech léčby	65,8	19,9	14,2
	Spolurozhodování o léčbě	60,4	24,9	14,7
<b>Volba</b>	Volba poskytovatele	73,8	17,7	8,5

Z hlediska všech osmi atributů vstřícnosti respondenti u lůžkové péče hodnotili nejlépe sociální podporu a nejhůře samostatnost při rozhodování. Muži měli větší výhrady zejména ke srozumitelné komunikaci a důvěrnosti údajů (menší rozdíly byly ještě

zaznamenány v kvalitě prostředí a rychlé dostupnosti). Respondenti ve věku 30-59 let hodnotili hůře rychlou dostupnost lůžkové péče. Horší se zdály být pro respondenty do 30 let oproti starším osobám důstojné zacházení, důvěrnost osobních údajů, srozumitelná komunikace a sociální podpora. Naproti tomu lidé nad 60 let byli více spokojeni s kvalitou prostředí a samostatností při rozhodování. Obyvatelé menších obcí vnímali hůře dostupnost péče, lépe naopak důstojné zacházení. Lepší komunikaci a volbu poskytovatele uváděli respondenti z obcí s 2-10 tis. obyvatel. V obcích do 10 000 obyvatel respondenti hodnotili lépe samostatnost při rozhodování. Významnou roli hrálo při posuzování vstřícnosti u lůžkové péče vzdělání. Lidé se základním vzděláním hodnotili hůře dostupnost péče, srozumitelnou komunikaci, volbu poskytovatele a samostatnost při rozhodování. Důstojnost a důvěrnost hodnotili hůře lidé se základním, ale i vysokoškolským vzděláním. Sociální podporu hodnotili nejhůře lidé se základním vzděláním a nejlépe středoškoláci s maturitou. U lůžkové péče se vliv „známého ve zdravotnictví“ projevil u rychlé dostupnosti péče, volby poskytovatele a samostatnosti při rozhodování, tedy atributech považovaných za méně důležité.



## 7.4 Souhrnné hodnocení vstřícnosti

Porovnáním všech zkoumaných aspektů ambulantní a lůžkové péče lze sledovat některé rozdíly. Přímé platby nehrají důležitou roli pro financování ambulantní ani lůžkové péče, avšak lidé platí častěji a více za ambulantní než za lůžkovou péči. U ambulantní péče jde zejména o výdaje za léky a za stomatologickou péči. V lůžkových zařízeních se jedná spíše o některé nadstandardní nezdravotní služby. Úroveň medicínské stránky poskytované péče je vnímána obyvateli České republiky jako vysoká. Poměrně nízké



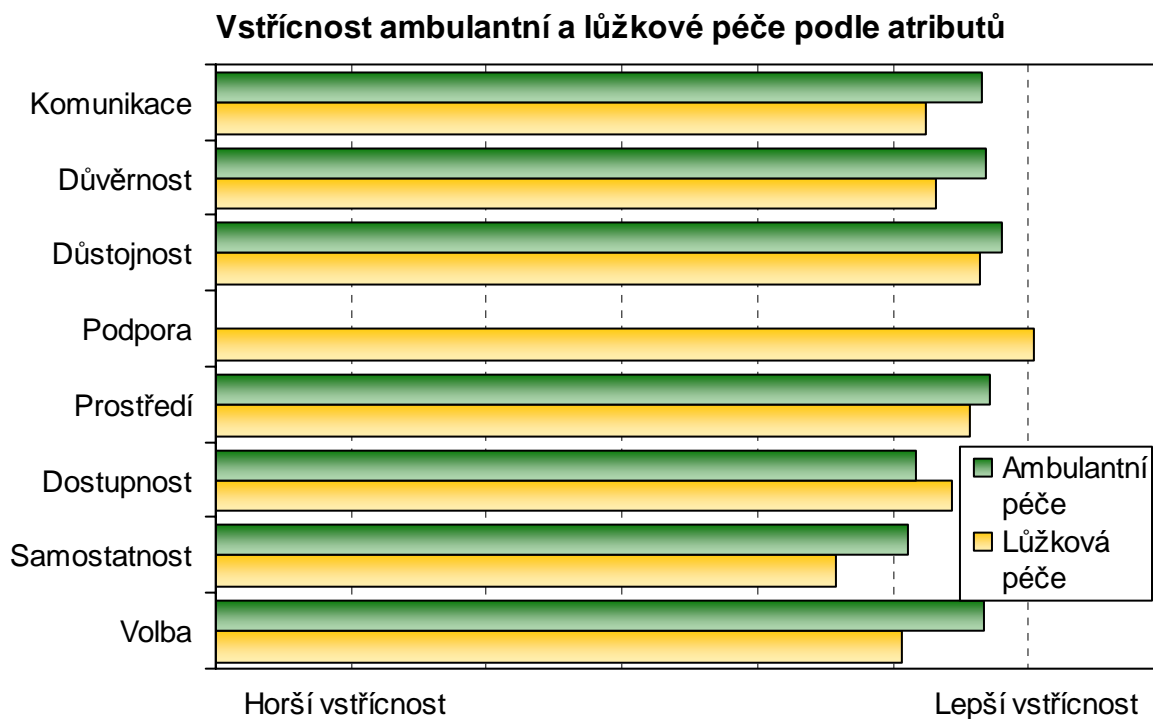
procento našich občanů se cítilo být při návštěvě zdravotnického zařízení z nějakého důvodu diskriminováno.

Z hlediska atributů vstřícnosti posuzovali respondenti u ambulantní i lůžkové péče nejlépe důstojné zacházení (pokud nebereme v úvahu sociální podporu zařazenou pouze u lůžkové péče) a nejhůře samostatnost při rozhodování. Menší rozdíly byly zjištěny u důvěrnosti osobních údajů a volby poskytovatele a naopak mírně vyšší u dostupnosti péče. Spíše přetrvávající pasivní vztah lidí ke zdravotní péči dokumentuje nejen nízká důležitost přikládána volbě poskytovatele a samostatnosti při rozhodování o léčbě, ale i vyšší procento nezískaných odpovědí. Zároveň však špatné hodnocení těchto atributů navozuje otázku, zda současný systém aktivnější roli pacienta neomezuje. Zkušenost občanů s atributy vstřícnosti považovanými za nejdůležitější, tedy srozumitelnou komunikací a důvěrností osobních údajů, byla v porovnání s ostatními atributy na průměrné úrovni.

Z výsledků hodnocení celkové vstřícnosti vyplývá, že u ambulantní i lůžkové péče hodnotily lepší vstřícnost ženy (u obou segmentů se na rozdílech nejvíce podílely srozumitelná komunikace a důvěrnost osobních údajů, považované respondenty současně za nejdůležitější atributy). Jaké mohly být důvody takového výsledku? Charakteristika poskytovatelů byla u péče o muže i ženy velmi podobná. Ženy častěji hodnotily vstřícnost z pohledu doprovodu svého dítěte, uváděly častěji přítomnost i léčbu alespoň jednoho z šesti sledovaných chronických onemocnění. Poněkud odlišný byl důvod jejich poslední hospitalizace, neboť se týkal i porodů, méně byly oproti mužům zastoupeny úrazy. Vliv těchto faktorů na hodnocení vstřícnosti se však nepodařilo prokázat. Rozdílné výsledky hodnocení se tak dají, alespoň zčásti, připsat na účet použité metodice zjišťování a vyhodnocování údajů. Mezi muži a ženami nebyly v hodnocení jednotlivých atributů vstřícnosti na základě původních otázek zjištěny žádné statisticky významné rozdíly. Vyšší očekávání žen u několika atributů však zapříčinila, že očištěné výsledné hodnoty vstřícnosti u nich byly oproti mužům zlepšeny.

S rostoucím věkem byla vstřícnost hodnocena u obou segmentů lépe, přičemž větší vliv věku byl zaznamenán u lůžkové péče (významné rozdíly byly mezi osobami do 30 let a nad 60 let). Velikost obce hrála svoji roli pouze u ambulantní péče. Obyvatelé v nejmenších obcích hodnotili vstřícnost hůře. Za zmínku stojí připomenutí, že v nejmenších obcích byla hodnocena hůře rychlá dostupnost lůžkové péče, zatímco u ambulantní péče nebyly rozdíly podle velikosti obce zjištěny. Vzdělání naopak hrálo důležitější roli u lůžkové péče, neboť respondenti se základním vzděláním hodnotili vstřícnost hůře, pouze o málo lépe na tom byli vysokoškoláci. Osoby ve věku 60 let a více s dobrým subjektivně vnímaným zdravím hodnotily vstřícnost u ambulantní i lůžkové péče lépe než stejně staré osoby vnímající své zdraví hůře. Celková vstřícnost ambulantní péče byla lépe hodnocena respondenty, v jejichž domácnosti pracoval někdo ve zdravotnictví. Lidé hodnotící hůře celkové zapojení občanů do rozhodování o zdravotní péči, hodnotili ze zkoumaných atributů hůře volbu poskytovatele a samostatnost při rozhodování. Lépe celkovou vstřícnost u obou segmentů i všechny její atributy hodnotili lidé spokojení s fungováním zdravotnického systému v naší zemi.

Srovnání úrovně vstřícnosti mezi ambulantní a lůžkovou péčí komplikuje několik okolností. Respondenti totiž odpovídali vždy jen u jednoho segmentu léčby a výběr segmentu závisel na některých podmínkách, které pak mohly hodnocení vstřícnosti ovlivňovat. Na otázky týkající se lůžkové péče odpovídali častěji nejstarší respondenti, respondenti posuzující hůře své zdraví a respondenti z domácností s menšími dětmi. Dále se na tom může podílet výsledné očištění ukazatelů vstřícnosti, které zachovalo relace úrovní mezi původními ukazateli vstřícnosti. Nakonec je třeba zmínit samotný výpočet celkové vstřícnosti, neboť u lůžkové péče do něj byla zahrnuta sociální podpora. Podle původních neočištěných ukazatelů by byla vstřícnost ambulantní péče hodnocena lépe než vstřícnost lůžkové péče. Při zkoumání výsledných ukazatelů vstřícnosti s přihlédnutím k vlivu zkreslujících faktorů se rozdíl zmenšil a nebyl již statisticky významný. Významné rozdíly se zdají být zachovány u srozumitelné komunikace, důvěrnosti osobních údajů, volby poskytovatele a samostatnosti při rozhodování. Horší výsledky vstřícnosti lůžkové péče, ať pouze subjektivně vnímané nebo skutečné, by mohly souviset se zdravotním stavem respondentů. Lidé s horším zdravotním stavem jsou do léčebného procesu a kontaktů s poskytovateli zapojeni daleko intenzivněji, což by mohlo znamenat i hlubší poznání všech aspektů vstřícnosti a tudíž její reálnější zhodnocení. Zároveň však tito pacienti vnímají, z důvodu vyšší fyzické i psychické zátěže pro organismus, okolnosti léčby daleko citlivěji, což může značně vychýlit jejich hodnocení vstřícnosti, ať negativním či pozitivním směrem. Z výsledků vyplynulo, že špatně vnímané zdraví mělo vliv na subjektivní vnímání některých aspektů vstřícnosti, ale i po očištění od tohoto vlivu zůstalo subjektivně vnímané zdraví jednou z determinant vstřícnosti.



## Příloha 1: Implementace šetření

Do Světového šetření o zdraví bylo zapojeno 72 států z celého světa. Provedením šetření v České republice byl pověřen Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, který je organizační složkou státu a jehož zřizovatelem je Ministerstvo zdravotnictví. Hlavním předmětem činnosti ÚZIS ČR je správa Národního zdravotnického informačního systému. V rámci své činnosti provádí také výběrová dotazníková šetření o zdravotním stavu obyvatel a o zdravotnickém systému.

Implementaci šetření lze rozdělit do třech fází, kde do každé z nich byly zapojeny i další instituce. Přípravná fáze, která u nás probíhala ve druhé polovině roku 2002 a na počátku roku 2003, zahrnovala provedení výběru osob, překlady a přípravu materiálů, proškolení tazatelů a provedení pilotního sběru dat. Druhá fáze, která probíhala od jara do podzimu roku 2003, spočívala v provedení rozhovorů a vyplnění rozsáhlého dotazníku, kontrole, pořízení a vyčištění získaných údajů. Třetí fáze zpracování, analýz a publikování výsledků, probíhala od konce roku 2003 do konce roku 2004. O průběhu všech činností bylo průběžně informováno MZ ČR (včetně jeho etické komise), WHO Liaison Office v České republice a centrála WHO v Ženevě.

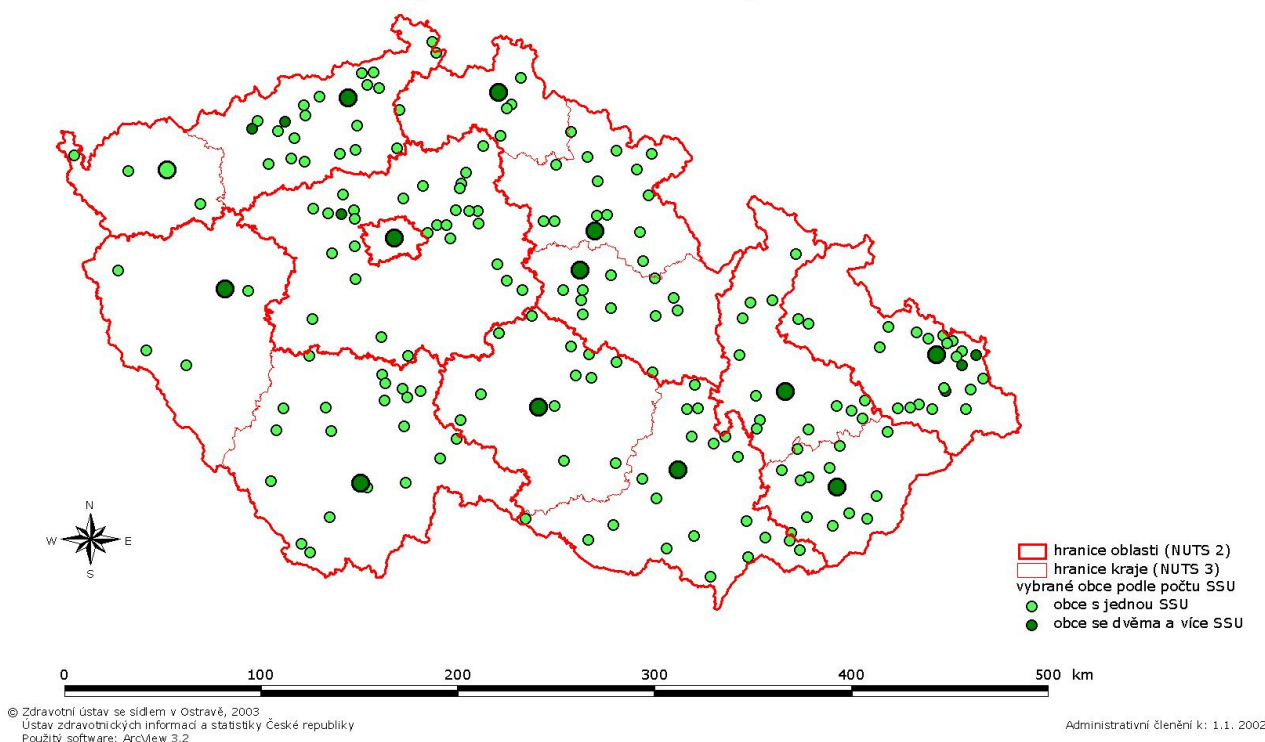
### Výběr respondentů

Z Centrálního registru obyvatel Ministerstva vnitra bylo metodou vícestupňového náhodného výběru vybráno 1 918 osob s trvalým nebo dlouhodobým pobytem v České republice starších 18 let. Metoda výběru zajišťovala reprezentativní zastoupení všech oblastí a různě velkých obcí.

Požadovaný počet respondentů byl rozdělen do skupin tak, aby podíl respondentů v každé skupině odpovídal podílu v celé populaci České republiky. Skupiny byly utvořeny kombinací oblastí NUTS 2 (Praha, Střední Čechy, Jihozápad, Severozápad, Severovýchod, Jihovýchod, Střední Morava, Moravskoslezsko) a velikostní skupiny obce (1-999, 1 000-1 999, 2 000-4 999, 5 000-19 999, 20 000-49 999, 50 000 a více obyvatel). Na základě počtu respondentů v každé skupině byl určen počet obcí, které mají být vybrány. Pro obce do 50 000 obyvatel se vycházelo z podmínky výběru 7 respondentů v každé obci. U obcí nad 50 000 obyvatel se předpokládalo vybrat tolik sedmic respondentů, aby podíl respondentů odpovídal podílu na populaci ČR. Kvůli předpokládanému vyššímu podílu neuskutečněných rozhovorů byl nadhodnocen počet vybíraných osob pro Prahu.

Výběr respondentů probíhal na třech stupních. Na prvním stupni bylo vybráno 200 obcí (primární výběrové jednotky - PSU). Na druhém stupni byl v každé obci vybrán požadovaný počet ulic (sekundární výběrové jednotky - SSU), kterých bylo celkem 274. Na třetím stupni bylo v každé ulici vybráno 7 respondentů. Rozmístění vybraných obcí po České republice podle počtu respondentů dokládá následující mapa.

### Česká republika - vybrané obce podle počtu respondentů (Světové šetření o zdraví)



## Dotazník

Při rozhovorech byla použita dlouhá verze dotazníku (90 minut). Procedura překladu zahrnovala nejprve překlad celého dotazníku a souvisejících materiálů. Poté následoval zpětný překlad klíčových termínů. Na základě připomínek WHO byla připravena konečná verze dotazníku.

Materiály dotazníku se skládají ze třech částí: z obálky, samotného dotazníku a příloh. **Obálka (průvodka)** obsahuje základní údaje o rozhovoru. **Dotazník** se skládá z dotazníku pro jednotlivce, který obsahuje otázky pro vybranou osobu a z dotazníku pro domácnost, který obsahuje otázky o domácnosti vybrané osoby. Celkem existují čtyři varianty dotazníků, lišící se v několika skupinách otázek. V průběhu rozhovoru tazatel používal **přílohy**, které napomáhaly k názornému objasnění důležitých a nebo obtížnějších pojmů.

Obsahově je dotazník rozdělen do 10 tématických modulů. První modul obsahuje základní údaje o rozhovoru (údaje o dotazníku, geografické údaje, údaje o kontaktech respondenta, formulář informovaného souhlasu a) a údaje o domácnosti respondenta (základní údaje o jednotlivých členech domácnosti, údaje o potřebě a poskytování zdravotní péče v domácnosti, o zdravotním pojištění, o životním standardu a výdajích domácnosti a o pracovnících ve zdravotnictví). Další 8 modulů je určeno k zodpovězení vybranému respondentovi, i když některé údaje se týkají i jiných členů domácnosti. Obsahem těchto modulů je:

- *Sociodemografická a další osobní charakteristika* respondenta (pohlaví a věk, hmotnost a výška, vzdělání, rodinný stav, zaměstnání, a další).
- *Charakteristika zdravotního stavu*: celkově vnímané zdraví a údaje o zdravotním stavu z hlediska různých aspektů zdraví (pohyblivost, osobní péče, bolest a tělesné obtíže, zrak, spánek a energie, poznávání, mezilidské vztahy a citové rozrušení).
- *Oceňování zdravotního stavu*: zjišťování míry omezení, které lidé přikládají vybraným zdravotním potížím.
- *Rizikové faktory*: rozšíření vybraných rizikových faktorů v populaci (tabák, alkohol, výživa, fyzická aktivita, životní prostředí - voda, hygiena a ovzduší).
- *Úmrtnost*: sledování porodnosti a úmrtnosti (údaje o narozených dětech a jejich úmrtnosti a počtu a příčinách úmrtí sourozenců).
- *Pokrytí zdravotnickými službami*: údaje o zdravotních potřebách lidí a jaké péče se jim dostává (chronická onemocnění a jejich léčba, péče o matku a dítě, prevence a očkování, péče o zrak a chrup, a péče při úrazech).
- *Vstřícnost zdravotnického systému*: zjišťování očekávání lidí, týkající se nezdravotních aspektů léčby a jak jsou tyto jejich představy naplňovány na základě vlastních zkušeností s poskytovateli zdravotní péče. Doplněno bylo i hodnocením dalších aspektů poskytované lůžkové i ambulantní péče.
- *Cíle zdravotnictví a sociální kapitál*: zjišťování důležitosti jednotlivých cílů zdravotnictví a společenských podmínek k životu (bezpečnost a fungování základních demokratických principů).

Poslední modul obsahuje několik otázek, které vyplňoval tazatel po provedení rozhovoru. Otázky se týkaly průběhu rozhovoru a případných těžkostí a dále pozorovaných skutečností o stavu zdraví respondenta.

## Školení a dohled

Provedení rozhovorů zajišťovali zkušení a vyškolení tazatelé. V pilotní fázi to byli profesionální pracovníci společnosti STEM a v hlavní fázi především zaměstnanci ÚZIS ČR, kteří mají s touto prací na podobných šetřeních zkušenosti. V rámci pilotu proběhla dvě školení, v rámci hlavního sběru dat pak čtyři školení. Tazatelé při nich byli seznámeni s cíli a náplní šetření, organizací sběru dat, metodami kontaktu respondentů a technikami vedení rozhovoru, a strukturou a způsobem vyplnění dotazníku. Zároveň obdrželi studijní a pomocné materiály.

Na práci tazatelů dohlíželi v každém kraji pověřeni a proškolení supervizoři. Ti přidělovali jednotlivým tazatelům práci, kontrolovali vyplněné dotazníky a ověřovali provedení rozhovorů (provedena alespoň jedna kontrola u každého tazatele a v souhrnu ověřeno více než 10 % všech rozhovorů). V průběhu sběru dat byla uspořádána setkání supervizorů s vyhodnocením dosavadních prací a řešením operativních problémů.

## Sběr a kontrola dat

Sběr údajů byl proveden metodou osobního rozhovoru tazatele s respondentem (face-to-face), při kterém tazatel vyplňoval dotazník. Účast všech respondentů byla dobrovolná. Byla dodržována přísná opatření týkající se ochrany údajů, aby nemohlo dojít k jejich zneužití. Respondent podepsal informovaný souhlas, který obsahoval údaje o tom, kdo bude studii provádět, na jaký typ otázek bude dotazován, proč je tato studie prováděna a kdo bude mít přístup k získaným datům. Žádné osobní údaje se nepožizovaly do elektronické podoby a zpracovávaná data jsou plně anonymizována.

Vybraným osobám byl zaslán průvodní dopis, který je seznámil s cílem šetření, obsahem dotazníku a způsobem provedení rozhovoru. Poté je kontaktovali tazatelé a pokoušeli se provést rozhovor. V případě neúspěšného kontaktu na první pokus se tazatelé pokusili respondenta kontaktovat ještě alespoň dvakrát. Po provedení rozhovoru obdržel každý respondent malý dárek. Pro ověření stability dotazníku byl s některými respondenty rozhovor proveden po několika dnech znovu.

Dotazníky byly postupně předávány na centrální pracoviště, kde probíhala další kontrola a případné nedostatky tak mohly být ihned odstraňovány. Po zkontrolování dotazníků došlo k převodu údajů do elektronické podoby pomocí jednotného pořizovacího programu dodaného WHO. Následovalo vyčištění datového souboru, spočívající v opravě nesprávných údajů a ověření logické návaznosti odpovědí respondentů.

Z celkem 1 918 vybraných osob se rozhovor nakonec podařilo provést s 935 z nich. Navíc bylo provedeno 70 opakovaných rozhovorů. Vyplnit dotazník odmítla třetina všech vybraných osob, které se podařilo kontaktovat. Po vyloučení osob, které nebyly vůbec kontaktovány nebo s nimi z objektivních důvodů nemohl být rozhovor proveden, činila míra návratnosti dotazníků (tzv. *response rate*) 55,1 %.

### Struktura výběrového souboru podle výsledného kontaktu

Výsledek kontaktu	Počet osob	Procento osob
Rozhovor s vybranou osobou proveden	935	48,7
Vybraná osoba nebo člen domácnosti odmítli	509	26,5
Vybraná osoba nezastižena	253	13,2
Vybraná osoba není vhodná	23	1,2
Vybraná osoba na uvedené adrese nežije	118	6,2
Vybranou osobu nelze kontaktovat	19	1,0
Vybraná osoba zemřela	26	1,4
Vybraná osoba nebyla vůbec kontaktována	35	1,8
Celkový počet vybraných osob	1 918	100,0

Každá ztráta potenciálních respondentů vybízí k otázce, co ji zapříčinilo a zda budou moci být získané výsledky považovány za reprezentativní z hlediska celé populace. Příčin bývá několik, některé jsou platné obecně, jiné byly specifické pro toto šetření. Dobrovolná účast v šetření je základní podmínkou provedení šetření, takže s určitým počtem odmítnutí je nutné počítat. I tak byla míra odmítnutí vyšší než v podobných šetřeních prováděných

ÚZIS ČR. Zde se zřejmě projevila vyšší náročnost, a to nejen z hlediska délky rozhovoru, ale i zahrnutím některých citlivých témat, což mohlo některé respondenty odradit. Opět se i v tomto šetření projevila skutečnost, že lidé nebydlí vždy v místě svého trvalého pobytu. Zřejmě se projevila i určitá časová prodleva mezi okamžikem získání seznamu vybraných osob a samotným kontaktováním potenciálních respondentů. Nermalou roli hrály i organizační těžkosti, které se v průběhu tohoto náročného šetření vyskytly.

Pro zajištění co nejvyšší účasti vybraných osob bylo realizováno několik opatření. Všem byl zaslán informační dopis vysvětlující důvod a obsah šetření. Pokud se rozhovor nepodařilo provést při prvním kontaktu, tak byly vybrané osoby kontaktovány vícekrát. Rozhovory byly prováděny dle jednotných metodických pokynů, ve kterých byl kladen důraz i na zajištění vhodné komunikace s respondentem. Pro respondenty byl připraven i malý dárek.

Zda existují významné rozdíly v základních charakteristikách mezi původním souborem vybraných osob a dosaženým souborem respondentů lze ověřit  $\chi^2$  testem homogenity. Z výsledků vyplývá, že účast mužů byla mírně nižší a účast žen mírně vyšší oproti původnímu výběru (muže se tedy dařilo zastihnout a přesvědčit k rozhovoru s menší úspěšností než ženy). Nadpoloviční účast v šetření byla zaznamenána u osob starších 50 let a méně než poloviční u osob do 50 let věku. Odmítnutí rozhovorů nebylo jednostranně závislé na věku (nejméně odmítnutí bylo u starších mužů). S rostoucím věkem vybraných osob rostla úspěšnost jejich zastihnutí na získané adrese. Výrazně méně rozhovorů bylo provedeno v Praze, více naopak na Střední Moravě a v Moravskoslezsku. Potvrdila se i známá zkušenost, že úspěšnější je práce v malých obcích (v našem případě zejména u obcí s 1 000-1 999 obyvateli) a méně úspěšná je práce v městech (v našem případě zejména u měst s 50 000 a více obyvateli). Obyvatele menších sídel bylo možné nejen lépe zastihnout, ale byli navíc ochotnější spolupracovat (v některých případech tomu napomohla podpora ze strany představitelů místní samosprávy).

Zkreslení vyplývající z výše uvedených parametrů lze odstranit úpravou výběrových vah. Problémem ovšem zůstává, jak se vypořádat s možným zkreslením, které nelze kvantifikovat, ale které může mít vliv na konečný výsledek. Lze například předpokládat, že šetření se nezúčastnili velmi zdraví lidé, kteří tak vyhledávají poskytovatele zdravotní péče méně často či vůbec. Na druhé straně to mohli být lidé s velmi špatnou zkušeností se zdravotníky, o které nechtěli hovořit. Při interpretaci výsledků je proto vždy nutné brát zřetel na omezení vyplývající ze způsobu výběru osob a konečné struktury souboru respondentů.

### Zpracování dat a prezentace výsledků

Zpracování dat bylo provedeno ve statistickém produktu Stata 8.0 for Windows. Při výpočtech nebyly použity výběrové váhy, které by braly ohled na způsob výběru respondentů a rozdíly ve struktuře výběrového souboru oproti celé populaci České republiky (pokusné výpočty však naznačily, že rozdíly ve výsledcích jsou velmi malé). Výsledky v tabulkách a grafech nebyly standardizovány z hlediska pohlaví, věku ani dalších charakteristik, ale při analýzách bylo k jejich případnému vlivu přihlédnuto a v textu

jsou takto výsledky i popisovány. Pro vyhodnocení ukazatelů zdraví a vstřícnosti bylo použito nové statistické metody, přihlížející k vlivu subjektivních očekávání.

Prezentační mapky byly vytvořeny v ArcView 3.2 ve Zdravotním ústavu se sídlem v Ostravě. Geografické podklady byly předány WHO k dalšímu zpracování.

Každá země by měla vytvořit svou národní zprávu (případně více tématických zpráv) ze šetření. Tato „*Národní zpráva za Českou republiku*“ je dostupná v tištěné podobě a také v elektronické formě na webových stránkách ÚZIS ČR [www.uzis.cz](http://www.uzis.cz), kde jsou k dispozici i další informace o šetření. Světová zdravotnická organizace by měla zajistit prezentaci souhrnných výsledků za všechny zúčastněné země. Výsledky šetření budou tvořit podklad k vypracování každoroční zprávy WHO, která vychází pod názvem Světová zpráva o zdraví (World Health Report). Další informace a materiály k šetření lze nalézt na webových stránkách WHO [www.who.int/whs/](http://www.who.int/whs/).

### Zajištění kvality

Ve všech fázích přípravy a zavádění šetření a zpracování dat byl kladen velký důraz na dodržování jednotných postupů. Z tohoto důvodu byla vypracována jednotná metodika, zajištěno vyškolení organizátorů v jednotlivých zemích. Průběžná kontrola všech činností byla uskutečňována jednak na národní úrovni, prostřednictvím centrálního pracoviště a supervizorů, ale také dohledem pracovníků expertních skupin WHO. V rámci těchto činností byl do každé země vyslán expert WHO, který ověřoval kvalitu a podmínky, za jakých je šetření prováděno a pomáhal odstranit případné problémy. Pro hodnocení kvality šetření bylo použito několika ukazatelů. Pro zajištění mezinárodní srovnatelnosti byly využity nové vědecké nástroje zjišťování a vyhodnocování dat.



## Příloha 2: Zajištění srovnatelnosti výsledků

### Posouzení srovnatelnosti údajů

Problém při analýze a interpretaci výsledků z výběrových šetření může činit srovnatelnost ukazatelů, které bývají zjišťovány pomocí ordinální škály odpovědí (tj. kdy možné odpovědi mají určeno jednoznačné pořadí). Při použití standardních analytických nástrojů se předpokládá, že každý respondent při hodnocení určitého jevu rozumí pod každou kategorií škály stejnou úroveň zkoumaného jevu (tj. že používá stejné měřítko jako všichni ostatní). Nemusí tomu tak být vždy a pokud existují významné rozdíly v chápání kategorií z uvedené pořadové škály, je vhodné zabývat se způsobem odstranění jejich vlivu. Tyto rozdíly mohou být způsobeny odlišnými očekáváními, podmíněnými například kulturními či sociálními normami. Podstatný vliv může mít na srovnatelnost výsledků při mezinárodních šetřeních také překlad dotazníku a jeho použití v různých jazycích.

Pomocí pětibodové škály odpovědí byla ve Světovém šetření o zdraví mimo jiné sledována míra omezení nebo obtíží v osmi oblastech zdraví, zkušenost s poskytování zdravotní péče v osmi oblastech vstřícnosti zdravotnictví a dále hodnoceny dvě oblasti sociálního kapitálu, které popisovaly možnost působení na úřady a svobodu projevu.

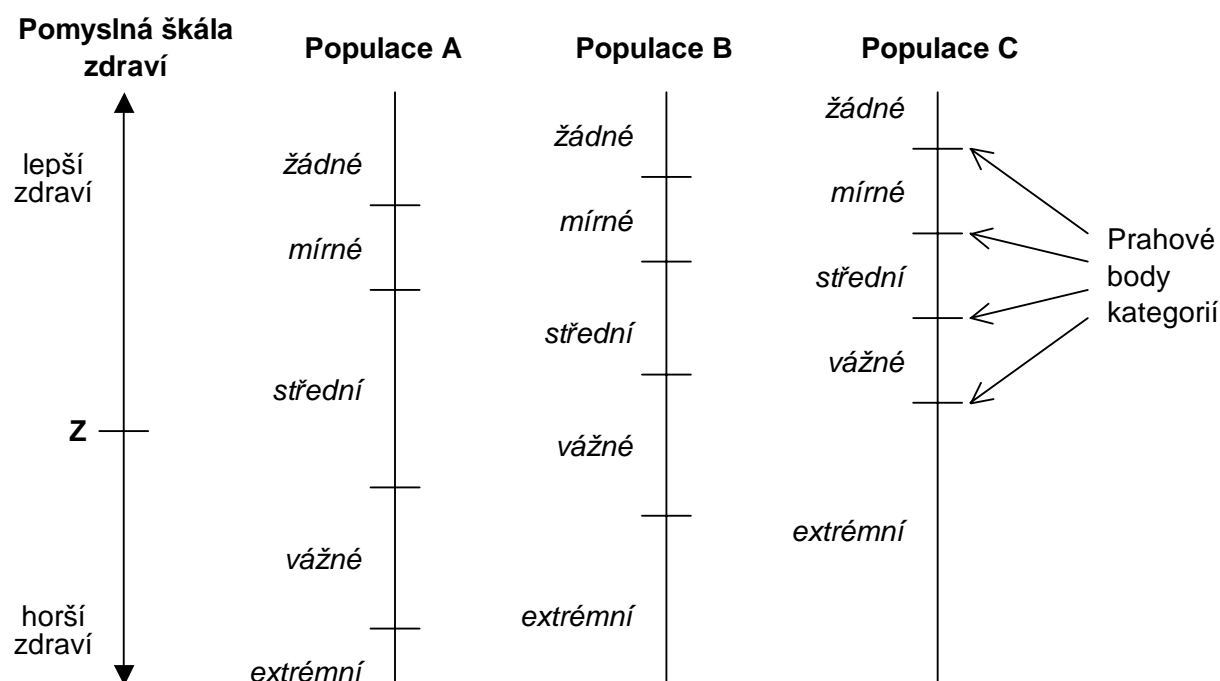
Rozdílné vnímání kategorií zdraví mezi mladšími a staršími lidmi bylo ověřeno již dříve. Mladší lidé mají alespoň v některých oblastech větší nároky a očekávání ohledně zdraví než starší lidé, takže mohou hodnotit své zdraví přísněji. Výsledkem pak jsou pouze nepatrné rozdíly ve zdraví mezi mladšími a staršími lidmi, ačkoliv ve skutečnosti existuje ve většině oblastí zdraví vysoká souvislost s věkem. V rámci vstřícnosti zdravotnického systému lze uvažovat například rozdíly ve vnímání jednotlivých kategorií mezi bohatšími a chudšími lidmi. Dá se totiž očekávat, že bohatší lidé mají větší nároky na přístup zdravotníků a kvalitu prostředí, v němž jsou léčeni. Pro sociální kapitál se nabízí hypotéza o rozdílném vnímání lidských svobod v demokratických a nedemokratických státech. Lidé žijící v demokratické společnosti budou jistě daleko citlivější na porušování základních svobod.

Následujícím příkladem a obrázkem je demonstrováno rozdílné vnímání kategorií zdraví mezi třemi populacemi A, B a C. Předpokládejme pomyslnou (latentní) spojitou škálu zdraví (viz čára se šipkami vlevo), na které jednotlivé body představují různé úrovně zdravotního omezení, seřazené od největšího (dole) po nejmenší možné, tedy žádné (nahore). Respondenti ovšem hodnotí své zdraví pouze pomocí pětibodové škály potíží: žádné, mírné, střední, vážné a extrémní. Každá kategorie tedy představuje jeden z pěti úseků na pomyslné škále zdraví, které jsou odděleny čtyřmi prahovými body. Každý prahový bod vyznačuje takovou úroveň zdraví, při které respondenti mění používání jedné kategorie zdraví a přecházejí na kategorii vyšší (případně nižší).

Jak je patrné z obrázku, všechny tři populace se liší v hodnotách prahových bodů jednotlivých kategorií. Postupem od populace A k populaci C jsou prahové hodnoty kategorií zdraví posunuty směrem k lepší úrovni zdraví, což znamená rostoucí očekávání (nároky na) zdraví. Uvažujme úroveň zdraví Z na pomyslné škále. Zatímco respondenti

z populace A by s vysokou pravděpodobností hodnotili tuto úroveň zdraví jako střední potíže, respondenti z populace B jako stav vážně omezující zdraví, pak respondenti z populace C by stejnou úroveň zdraví považovali s největší pravděpodobností za extrémní omezení zdraví. Rozdíly individuálního mapování z neměřitelné spojité latentní škály do sady diskrétních kategoriálních odpovědí je potom to, co nazýváme subjektivními očekáváními nebo také odlišným vnímáním jednotlivých kategorií zdraví.

### Příklad rozdílného vnímání zdravotních potíží hodnocených na pořadové škále



### Viněty a jejich použití

Jedním ze způsobů, jak posoudit vliv subjektivních očekávání při hodnocení určitého jevu pomocí kategoriální škály odpovědí je pevně definovat jednotlivé úrovně tohoto jevu a zkoumat rozdíly v jejich hodnocení na této škále. To umožňují tzv. *viněty* (nebo také scénáře či příběhy). Viněta zdraví představuje krátký popis úrovně zdravotního stavu fiktivní osoby ve vybrané oblasti zdraví. Viněta vstřícnosti představuje krátký popis zkušenosti fiktivní osoby s tím, jak s ní bylo zacházeno při kontaktu s poskytovatelem zdravotní péče. Viněta sociálního kapitálu představuje krátký popis situace, jak moc může fiktivní osoba působit na úřady, aby se zabývaly jejími záležitostmi nebo zda se může ve své zemi svobodně vyjadřovat.

Aby se respondent co nejvíce vžil do situace fiktivní osoby, je obsah viněty sdělen s použitím mužského nebo ženského jména pro fiktivní osobu tak, aby odpovídalo pohlaví respondenta. Respondenti poté hodnotí úroveň zdraví, zkušenost se vstřícností nebo úroveň sociálního kapitálu této fiktivní osoby pomocí stejné škály odpovědí, jakou předtím použili při hodnocení vlastního zdraví, vstřícnosti nebo sociálního kapitálu.

Každá ze čtyř variant dotazníku obsahovala 10 vinět pro dvě oblasti zdraví a vstřícnosti. U každé viněty hodnotil respondent úroveň zdraví (resp. vstřícnosti) ze dvou aspektů, podobně jako to činil u vlastního zdraví (resp. vstřícnosti). Dohromady to tedy dávalo 20 otázek k vinětám zdraví (resp. vstřícnosti - kromě volby poskytovatele, pro kterou byla pouze jedna otázka). Sociální kapitál byl zastoupen v polovině dotazníků pěti vinětami pro možnost působení na úřady a ve druhé polovině šesti vinětami na svobodu projevu.

Příklady znění vinět ve dvou oblastech zdraví a vstřícnosti, spolu s výsledky jejich hodnocení jsou prezentovány ve dvou tabulkách na konci této přílohy. Viněty jsou řazeny od nejlepších po nejhorší zdravotní omezení nebo zkušenosti s poskytovateli péče.

Použitelnost a funkčnost vinět vyžaduje splnění dvou základních předpokladů:

- *konzistentnost odpovědí*: respondenti používají jednotlivé kategorie pořadové škály u vinět stejně jako při hodnocení vlastního zdraví nebo vstřícnosti. Otázky na viněty a vlastní hodnocení zdraví nebo vstřícnosti tedy musejí popisovat stejný koncept a definovat tak stejnou latentní škálu a respondenti to také tak musejí chápat.
- *ekvivalence vinět*: úrovně zdraví nebo vstřícnosti reprezentované vinětami jsou chápány všemi respondenty přibližně stejným způsobem. Respondenti tedy musejí jednotně chápat prezentovaný koncept zdraví nebo vstřícnosti (zejména zachovávat řazení vinět).

Praktická aplikovatelnost vinět vyžaduje, aby viněty pokrývaly co možná největší část latentní škály zkoumaného jevu a popisovaly jeho, co možná nejvíce, rozdílné úrovně. To znamená, že rozdíl mezi nejlepší a nejhorší vinětou by měl být veliký a výrazné by měly být i vzdálenosti mezi každými dvěma vinětami (tj. aby rozlišovací schopnost vinět byla co největší). Z výsledků hodnocení vinět zdraví a vstřícnosti vyplynulo, že nejnižší rozptýlenost hodnot byla u zdraví a vstřícnosti zjištěna u nejhorších a nejlepších vinět. Takže extrémní zdravotní stavy nebo zkušenosti s poskytovateli zařazovali respondenti jednoznačněji s použitím méně kategorií ze škály odpovědí. U vinět popisujících úroveň sociálního kapitálu se rozptyl hodnot mezi vinětami příliš nelišil, což znamená, že mezi respondenty panovala větší nejistota v jejich hodnocení, když ani extrémní viněty nebyli schopni zařazovat jednoznačněji.

Největší rozptýlení vinět na latentní škále (poměr průměrné hodnoty nejlepší a nejhorší viněty) a nejpatrnější rozdíly v hodnocení jednotlivých vinět zdraví byl zaznamenán u pohyblivosti, což lze vysvětlit tím, že tyto viněty jsou nejlépe srozumitelné. Nejmenší rozsah byl zaznamenán u spánku a energie (vitality). Největší rozsah hodnot a nejpatrnější rozdíly v hodnocení jednotlivých vinět vstřícnosti byl zaznamenán u dostupnosti péče a kvality prostředí a vybavení, nejmenší rozsah naopak u samostatnosti při rozhodování a volby poskytovatele. Rozlišovací schopnost vinět vstřícnosti byla o něco nižší než u vinět zdraví. U sociálního kapitálu byly rozsah a rozlišovací schopnost vinět výrazněji nižší než u zdraví nebo vstřícnosti.

Zda viněty popisují stejný koncept zdraví, který respondenti chápou jednotně, lze přibližně ověřit shodou v řazení vinět mezi respondenty. K tomu byl použit Spearmanův

koeficient pořadové korelace (kde hodnoty blízké č. 0 značí nezávislost a hodnoty blízké č. 1 značí vysokou shodu v řazení odpovědí). U všech oblastí zdraví byla shoda v řazení vinět poměrně vysoká (průměrná hodnota koeficientu 0,83). Pod průměrem se pohybovaly viněty vitality a zraku. U všech oblastí vstřícnosti byla shoda řazení odpovědí také poměrně vysoká (průměrná hodnota koeficientu 0,81). Nejvyšší shoda byla zaznamenána u dostupnosti péče, naopak nejhorší u důvěrnosti osobních údajů. U sociálního kapitálu byla shoda řazení vinět o něco nižší s průměrnou hodnotou koeficientu 0,62.

Jelikož viněty představují nový nástroj zaváděný do populačních šetření, bylo možné očekávat problémy s jejich implementací a přijetím ze strany respondentů. Tento předpoklad potvrdilo 7 % nezodpovězených otázek u vinět zdraví, 9 % u vstřícnosti a 15 % u sociálního kapitálu. Některé možné problémy s hodnocením vinět byly nastíněny výše a bylo konstatováno, že nebyly zásadního rázu. Při hledání extrémních hodnot (podezřelých odpovědí) jsme se zaměřili na takové, kdy respondenti hodnotili všechny viněty stejně, pořadí vinět se významně lišilo od průměrného pořadí, u nejlepších (resp. nejhorších) vinět byly vybrány nejhorší (resp. nejlepší) stavy. Tyto podezřelé odpovědi byly z dalšího zpracování vyřazeny.

### Metoda zajištění srovnatelnosti výsledků

Z důvodu zajištění lepší srovnatelnosti údajů zjišťovaných v populačních šetřeních byla vyvinuta nová statistická metoda, pomocí níž lze korigovat rozdílná očekávání, a tedy subjektivní vliv při hodnocení určitých jevů. Jedná se o statistickou metodu *CHOPIT (Compound Hierarchical Ordered Probit Model)*, která operuje se třemi komponentami, jimiž jsou *viněty, vlastní hodnocení jevu a prahové body kategorií* daného jevu. Metodu lze v tomto šetření aplikovat na každou z osmi oblastí zdraví nebo vstřícnosti nebo na dvě oblasti sociálního kapitálu.

Model předpokládá existenci pomyslné (latentní, neměřitelné a spojitě) proměnné, která vybraný jev charakterizuje. Tato pomyslná proměnná je definována pomocí vinět, kde každá viněta představuje pevně danou úroveň zkoumaného jevu. Zpracováním vinět je možné zjistit případné rozdíly v prahových bodech kategorií (použitých při hodnocení jevu) na pomyslné škále. Tyto rozdíly jsou zkoumány jako funkce demografických a socio-ekonomických faktorů. Pro oblasti zdraví to bylo pohlaví, věk a vzdělání. Pro oblasti vstřícnosti pak pohlaví, věk, vzdělání, velikost obce a celkově vnímané zdraví. Viněty sociálního kapitálu nebyly zatím do výpočtů zahrnuty.

Vlastní hodnocení jevu bylo zjišťováno dvěma otázkami (na stejné kategoriální škále odpovědí jako viněty), které rovněž determinují pomyslnou proměnnou tohoto jevu. Jako vysvětlující proměnné byly do modelu dále zařazeny vybrané demografické a socio-ekonomické faktory. Dvě otázky pro každou oblast (pouze jedna otázka u sociálního kapitálu) měly umožnit posouzení rozsahu modelem nevysvětleného, ale zároveň systematického kolísání vysvětlované proměnné. Znalost této systematické položky slouží k posouzení přínosu vysvětlujících proměnných v modelu a ke korektnějším odhadům očištěných hodnot ukazatele.

Očištěné hodnoty byly v každé oblasti normalizovány na interval 0-100 (0 byla přiřazena nejhorší úrovni a 100 nejlepší úrovni daného jevu) tak, aby zůstaly zachovány původní relace v úrovni ukazatelů mezi oblastmi zdraví nebo vstřícnosti. Výsledné ukazatele by tedy měly být očištěny od vlivu subjektivních očekávání. Zatím jsou použitelné pouze k relativnímu srovnání v rámci České republiky.

Model a viněty byly již testovány v přípravných šetřeních a pro některé oblasti byl potvrzen jejich přínos, zejména pro zajištění mezinárodní srovnatelnosti. I dosavadní výsledky analýzy dat za Českou republiku přinesly zjištění určitých rozdílů ve vnímání zdraví i vstřícnosti. Korekce odlišných vnímání však nepřinesla zásadní změnu výsledků. Významnost dopadu odlišných očekávání na hodnocení zdraví a vstřícnosti bude možné posoudit až po zpracování celého datového souboru za všechny země.

## Příklady vinět zdraví a jejich hodnocení

### Pohyb po okolí (Pohyblivost)

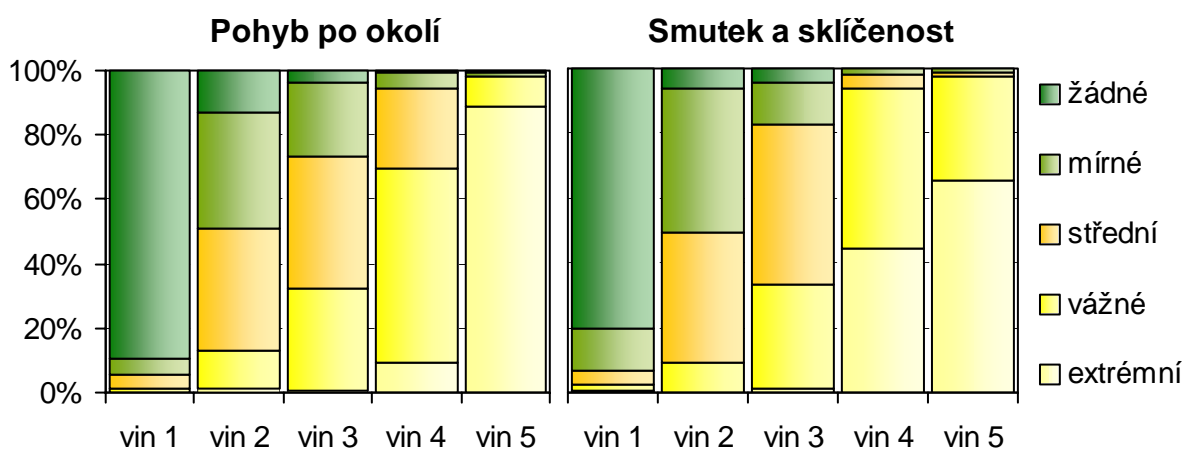
(Otázka: „Jaké obtíže [mu/jí] dělá pohyb po okolí?“)

- vin 1 Martin/Marie nemá problémy s chůzí, během a s hybností rukou nebo nohou. Běhá pro zdraví 4 km dvakrát týdně.
- vin 2 Radek/Radka je schopen/schopna chodit bez problémů do vzdálenosti 200 metrů, ale cítí se unaven/a po chůzi na 1 km nebo po vystoupení více než jednoho patra schodů. Nemá problémy s každodenní fyzickou aktivitou jako je přinesení potravin z obchodu.
- vin 3 Antonín/Adéla necvičí. Nemůže vystoupat po schodech nebo dělat podobné fyzické aktivity, protože je obézní. Je schopen/schopna nakupovat a provádět lehké domácí práce.
- vin 4 Vašek/Vanda má kvůli zdravotním problémům otoky na nohou. Pohyb po domě ho/ji stojí úsilí, neboť se mu/jí nohy zdají těžké.
- vin 5 David/Dana je ochrnutý/á od krku dolů. Není schopen/na používat paže a nohy nebo měnit polohu těla. Je upoután/a na lůžko.

### Smutek a sklíčenost (Citové rozrušení)

(Otázka: „Jaké problémy [mu/jí] působí smutek, deprese nebo sklíčenost?“)

- vin 1 Karel/Kateřina miluje život a je stále šťastný/á. Nikdy se ničeho neobává a nedělá si starosti. Bere věci tak, jak přicházejí.
- vin 2 Hynek/Hana má rád/a svoji práci a společenské aktivity a je celkově se svým životem spokojen/a. Jednou za tři týdny je den nebo dva deprimovaný/á, a ztrácí zájem o to, co ho/ji obvykle těší, ale je schopen/na vykonávat svoje každodenní činnosti.
- vin 3 Jan/Jana se cítí nervózní a úzkostlivý/á. Obává se budoucnosti a vidí ji negativně, ale cítí se lépe ve společnosti lidí nebo pokud dělá něco, co ho/ji opravdu zajímá. Pokud je sám/sama, má sklon k pocitu neužitečnosti, marnosti a prázdnoty.
- vin 4 Robert/Renata se cítí být po většinu času v depresi. Často pláče a má velké obavy z budoucnosti. Má pocit, že se stal/a pro ostatní břemenem, a že by byl/a raději mrtvý/á.
- vin 5 Zdeněk/Zdeňka byl/a již pětkrát v nemocnici, protože se v minulém roce dvakrát pokusil/a o sebevraždu a zranil/a se při třech jiných příležitostech. Po většinu dne bývá velmi rozrušený/á a vypadá, že necítí naději na zlepšení současného stavu. Přemýšlí o tom, že se opět pokusí skoncovat se životem.



**Příklady vinět vstřícnosti a jejich hodnocení**

**Čistota místností (Prostředí)**

(Otázka: „Jak byste hodnotil/a čistotu místností uvnitř zařízení, včetně toalet?“)

- vin 1 Štěpán/Šárka byl/a minulý rok hospitalizován/a kvůli operaci kyčle. Jeho/Její soukromý pokoj měl vlastní koupelnu, byl komfortní a prostorný. Každý den byl uklízen nemocničním personálem. Postel byla pohodlná a prostěradla byla denně vyměňována.
- vin 2 Tomáš/Tereza špatně viděl/a, a proto navštívil/a lékaře a vysvětlil/a mu svůj problém. Měl/a čas, aby lékaři položil/a několik otázek, na něž lékař odpovídal tak dlouho, než Tomáš/Tereza všemu porozuměl/a.
- vin 3 Hynek/Helena sdílel/a svůj malý nemocniční pokoj s neoddělenými postelemi s dalšími pěti pacienty/pacientkami. Všechny pět pacientů/pacientek sdílelo záchody, které byly uklízeny každý druhý den a někdy byly cítit.
- vin 4 Josef/Jiřina sdílel/a nemocniční pokoj s dalšími čtyřmi osobami. Záchod pro jeho/její pokoj byl venku na chodbě. Pokoj byl občas zaprášený a dusný, bez ventilátoru.
- vin 5 Karel/Karolína musel/a strávit v minulém roce kvůli nervovému kolapsu tři měsíce v místní nemocnici. Musel/a spát na nepohodlné matraci bez prostěradla. Ve stejném pokoji bylo dalších třicet pacientů/pacientek a záchody byly cítit, protože nebyly uklízeny. Vrátil/a se s kožní infekcí, protože se nemohl/a pravidelně mýt a v posteli měl/a hmyz.

**Spolurozhodování o léčbě (Samostatnost)**

(Otázka: „Jak byste hodnotil/a [jeho/její] zkušenost s možností spolurozhodovat o svém léčení?“)

- vin 1 Když Standa/Sabina potřeboval/a léčit oteklé končetiny, sestry na klinice s ním/ní probíraly mnoho možných způsobů léčení. Diskutovaly s ním/ní všechna „pro“ a „proti“ u různých postupů, pak mu/jí jeden doporučily.
- vin 2 Táňa je nešťastná a chybí jí energie. Před dvěma měsíci porodila dceru a lékař jí řekl, že možná trpí depresí. Probral s ní její zdravotní stav a navrhl, aby buď zkusila určitý lék nebo pokud tomu dává přednost, ať jde na konzultaci do poradny.
- vin 3 Bořek/Barbora si zlomil/a ruku. Lékař mu/jí vysvětlil různé způsoby fixace (zpevnění) zlomeniny, a pak objednal několik krevních testů. Bořek/Barbora nevěděl/a, k čemu jsou vlastně potřebné a dělalo mu/jí to starosti, dokud mu/jí lékař účel testů nevysvětlil.
- vin 4 Když se Jan/Jana léčil/a na neplodnost, lékař mu/jí dal nějaké pilulky a pozval ho/ji k návštěvě za dva týdny. Neptal se ho/jí, jestli nechce něco vědět o svém zdravotním problému, ani nenavrhoval jiné postupy léčení, které by mu/jí třeba mohly lépe vyhovovat.
- vin 5 Marek/Marcela měl/a vážné zdravotní potíže. Lékař mu/jí předepsal nejlepší léčení, ale neřekl mu/jí o tom, jak to ovlivní kvalitu jeho/jejího dalšího života ani o nákladech léčby. Marek/Marcela se cítil/a bezmocný/á a že nedostal/a žádné informace, které by mu/jí pomohly se zase cítit vyrovnaně.

